М.М. РЕШЕТНИКОВ

# ПСИХОДИНАМИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ

Санкт-Петербург
2003

Р47
ББК 88.3

**Решетников М. М.**

Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. — 328 с.

Рецензенты: Р. К. Назыров — канд. мед. наук, научный руководитель Отделения новых технологий и внебольничной психотерапии НИИ им. В. М. Бехтерева; В. А. Шамов — канд. мед. наук, зав. кафедрой «Основ психотерапии» ВЕИП; И. К. Широкова-Стерн — канд. психол. наук, практикующий психотерапевт (США).

Психодинамический подход является одним из ведущих в современной психотерапии. Автором монографии проводится обобщение клинических данных, а также — раскрытие бессознательных факторов развития и проявлений депрессивных состояний с точки зрения методологии 3. Фрейда, К. Абрахама, Г. Салливана и др. Самостоятельное значение имеет обоснование особенностей психотерапии и анализ типичных реакций пациента на ее различных этапах. Книга является первым отечественным изданием по частной психотерапии, и будет интересна не только практикующим врачам и психологам, но и специалистам в области культурологии, политологии, литературоведения и искусства.

ISBN 5-88787-023-0



# ПРЕДИСЛОВИЕ

В этой книге я предпринимаю попытку обратиться к новому направлению — частной психотерапии — и обобщить свои клинические наблюдения и данные других авторов о психодинамике и психотерапии депрессий. Причин обращения к этой теме достаточно много, но главная состоит в том, что, пытаясь найти что-либо достаточно основательное по этой проблеме, я обнаружил, что практически все психотерапевтические издания, обобщая те или иные методические подходы, при обращении к частным проблемам становятся фрагментарными, непоследовательными и даже противоречивыми. Если хотя бы часть этих недостатков мне удалось преодолеть, я буду считать свою задачу выполненной.

За мою уже 30-летнюю профессиональную деятельность мне приходилось заниматься самыми различными проблемами, поэтому, подводя определенный итог, я включил в эту книгу некоторые статьи, доклады, рецензии и аналитические разработки, не утратившие, как мне представляется, своей актуальности. И все-таки главная тема — депрессии. Я хотел написать эту книгу как можно более простым языком, чтобы она была понятна не только психотерапевтам и психологам, независимо от их принадлежности к тому или иному направлению, но и широкой профессиональной аудитории из смежных областей знания. Насколько мне это удалось, судить читателю.

У меня нет ощущения завершенности работы над темой депрессий, и, вероятно, я вернусь к ней, чтобы переосмыслить еще раз уже написанное и то, что еще будет предложено опытом терапевтической практики и в обобщениях других авторов. Мне искренне жаль, что только одна моя пациентка дала согласие на публикацию отрывочных материалов из нашей совместной работы, но я надеюсь, что, прочитав эту книгу, и другие, возможно, пересмотрят свое решение. В любом случае я хочу поблагодарить их всех, потому что большей части всего, о чем здесь написано, я научился у них.

*Автор*

*11.01.03*

часть

I



# ПСИХОДИНАМИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ

# ВВЕДЕНИЕ

Ссылки на беспрецедентный рост психопатологии и неутешительные прогнозы ВОЗ на ближайшие десятилетия в этой сфере стали уже общим местом, и мы не будем повторять их. Упомянем лишь, что, как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом униполярная депрессия займет второе место (после ишемической болезни) среди заболеваний, приводящих к инвалидности. Я напомню, что всего 10 лет назад, в 1990 году, по аналитическим данным Гарвардской школы здравоохранения, ВОЗ и Всемирного Банка, униполярная депрессия занимала лишь четвертое место. В начале XX века таких больных было 0,15% от всего населения (хотя будет справедливо отметить, что тогда учитывались только госпитальные случаи). Но в 50-х годах минувшего столетия, когда психиатрия уже вышла за стены лечебниц, в популяции определялось лишь 2-5% депрессивных пациентов. Сейчас, по данным психиатров и психотерапевтов, тех, кто хотя бы раз в жизни пережил реальный депрессивный эпизод, уже около 30%[1], а к концу XXI века риск возникновения таких «эпизодов» в европейской популяции планеты, по прогнозам, приблизится к 100%! Такая резкая динамика позволяет некоторым авторам говорить о своеобразной «большой эпидемии депрессий».

Одновременно с этим в современных классификаторах психических расстройств депрессии постоянно «дробятся», уточняются, переименовываются и становятся своеобразной «исчезающей» категорией. И возможно,

---

[1] *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. В 2 тт. Т. 1. М.: Медицина, 1994. С. 317.

именно поэтому, в отличие от тревожных оценок и прогнозов психопатологов-практиков, в докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году приводятся совсем иные цифры, в частности, что лишь 5,8% мужчин и 9,5% женщин подвержены депрессивным расстройствам. Такое резкое различие статистических данных отчасти может объясняться еще и тем, что, по оценкам специалистов, лишь 20-25% пациентов с депрессией обращаются за квалифицированной помощью[1]. Я буду очень мало апеллировать к современным классификаторам, сосредоточив внимание преимущественно на внутренней картине этого расстройства и подходах к его терапии, ориентируясь в том числе на тех, кто еще только учится, и профессионально никогда не сталкивался с этой формой патологии. Поэтому начну с определения понятий.

[1] *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспериментальное бюро, 1967. С. 128.

# Глава 1

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

## ИСТОРИЯ

Понятие «меланхолия» как медицинский термин впервые встречается уже у Гиппократа (V в. до н. э.). Русскими эквивалентами этого термина являются: тоска, уныние, отчаяние, хандра[1]. Гиппократом же впервые были введены представления о меланхолическом темпераменте.

В последующем из девяти выделенных Клавдием Галеном (III в. до н. э.) типов темперамента до нашего времени дошли только четыре основных: холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик (в последнем случае обычно характеризуемый как предрасположенный к грусти, подавленности, робости и нерешительности).

Но на этом история подходов на основе темперамента не закончилась. Напомним, что слово *temperamentum* означает «надлежащее соотношение частей». По гуморальной гипотезе Гиппократа, у меланхолика в организме слишком много «черной желчи» (греч. *melanos chole* — откуда, собственно, и появился этот термин).

Затем, уже в наше время, на смену гуморальным теориям на какое-то время приходят и становятся очень популярными конституциональные, также апеллирующие к «надлежащему соотношению частей», но уже не внутренних жидкостей (желчи — *chole,* крови — *sanguinus* и

---

[1] *Даль В. И.* Толковый словарь живого великорусского языка. В 4 тт. Т. 2. С. 315.

слизи — *phlegma),* а — к строению тела. Самая известная классификация или конституциональная теория темперамента принадлежит Эрнсту Кречмеру (1888-1964).

Кречмер выделяет три основных типа конституции человека: астенический, соответствующий шизоидному типу личности или шизотимическому темпераменту; атлетический, конкордирующий с эпилептоидным характером; и пикнический или циклотимический тип, то есть — склонный к полноте, плотный, с широкой грудью, коренастый, с круглой головой и короткой шеей, в котором выделено два подтипа — гипоманический (веселый) и депрессивный (хмурый).

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Современные представления об аффективных расстройствах во многом связаны с именем Эмиля Крепелина, в 1896 году выдвинувшего концепцию маниакально-депрессивного психоза — МДП (однако до этого аналогичные идеи высказывались и ранее, в частности, Боне [1686], Фальре [1854] и др.). Крепелин исходил из того, что маниакальность и депрессивность — эти, казалось бы, мало похожие заболевания, тем не менее, нередко сочетаются и имеют много общего, в том числе факторы наследственной предрасположенности, развития, симптоматики и течения. Но сегодня мы не будем говорить о мании. Темой нашего обсуждения является только один из видов аффективных расстройств — депрессия.

Что значит аффективные? Под термином «аффективные» понимаются любые расстройства настроения, протекающие или проявляющиеся (как бы) без внешней видимой причины. А сам аффект — это внешнее, поведенческое выражение изменений эмоционального состояния. Но в отличие от обычных колебаний настроения, в психоанализе аффективные расстройства характеризуются утра-

той способности контролировать их и субъективным ощущением тяжелых, иногда невыносимых страданий.

Характерными для депрессивных состояний являются также снижение интереса к жизни и общей энергичности личности, чувство вины, невозможность на чем-либо сосредоточиться, нередко — отсутствие аппетита, появление мыслей о смерти (как способе избавления от страданий) и самоубийстве. Естественно, нарушаются межличностные отношения, в том числе семейные, сексуальные и профессиональные.

Я еще раз напомню, что существуют, по сути, две основных формы аффективных расстройств: маниакальные и депрессивные. И вначале это было как бы одно заболевание. Однако в 1957 году Карл Леонгард на основании глубоких клинических исследований и выявленных различий предложил различать биполярную форму заболевания, то есть когда имеются и депрессивная и маниакальная составляющая, и униполярную (или монополярную), проявляющуюся только депрессиями.

В медицине до последнего времени депрессии разделяли на:

— связанные с наследственной предрасположенностью, или биологически обусловленные, и мало зависящие от внешних (социально-психологических) факторов (это так называемые «эндогенные» депрессии», как правило, проявляющиеся как бы спонтанно и имеющие более тяжелые проявления и течение);
— возникающие в результате конкретных психических травм и стрессов, имеющие более мягкие клинические проявления и более благоприятное течение (их еще именуют «реактивными» или «невротическими»).

Такое разделение было достаточно уязвимым, так как то, что касается представлений о так называемых «эндогенных депрессиях», может рассматриваться лишь как

следствие ограниченности знаний и методов современной медицины, а апелляция к таким категориям, как «отсутствие внешней видимой причины», не выдерживает критики, так как любые биологические (эндогенные) факторы и вся сома по отношению к психике являются внешними.

В МКБ-10 состояния со сходной клинической картиной были объединены, и такие термины, как «эндогенная» и «невротическая», практически уже не используются. Но одновременно понятием «невротическая депрессия» все чаще определяется депрессивный синдром при других неврозах, что, естественно, «маскирует» реальную статистику.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИЙ

Депрессия является наиболее часто встречающейся формой психических нарушений. Как уже отмечалось, по данным психопатологов-практиков, вероятность ее развития составляет 20% у женщин и 10% у мужчин. Соответственно этому, униполярная депрессия наблюдается у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Существенное примечание: как свидетельствует мировая практика, лишь 20-25% пациентов с депрессией обращаются за терапевтической помощью и еще меньше — получают адекватное лечение. Причины достаточно очевидны: низкий уровень психологической и психиатрической культуры населения, с одной стороны, и низкий уровень диагностической — психиатрической и психотерапевтической — культуры врачей и психологов, с другой. Плюс особые трудности при работе с такими пациентами. Наши американские коллеги активно исследовали последнюю проблему и сделали весьма интересный вывод: при примерно равной оплате терапевты предпочитают более легких и более успешных пациентов. Я ду-

маю, что такая тенденция, возможно, появится и у нас, но мы будем стараться, чтобы она не стала доминирующей.

Униполярная депрессия может начинаться в любом возрасте, однако в 50% случаев это возраст от 20 до 50 лет, то есть активная возрастная группа. Чаще она встречается у разведенных и детей из неполных семей, и это понятно, так как нормальная семья, с одной стороны, это одна из самых важных терапевтических систем, а с другой — гарантия адекватного психосексуального развития ребенка. Тезис об особой роли родителей еще раз подтверждается тем, что даже при наличии полной семьи в анамнезе депрессивных пациентов, как правило, выявляются существенные дефекты межличностных, преимущественно эмоциональных, отношений, недостаток любви, внимания и заботы со стороны значимых взрослых.

Депрессии чаще наблюдаются у лиц с достаточно высоким социальным и материальным статусом, хотя это может быть обусловлено и доступностью адекватной диагностической, медицинской и психологической помощи этой категории населения. Бедные, как известно, менее часто апеллируют к психотерапии. Различий в распространенности этого страдания в городах и сельской местности не установлено.

В связи со значительным расширением процессов иммиграции было замечено, что униполярная депрессия чаще встречается у эмигрантов (в том числе наших бывших соотечественников в США, Германии и Израиле). Имеются убедительные и обоснованные данные, что у участников боевых действий депрессии выявляются в 64% случаев, и входят в структуру посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

В 6% случаев у женщин и 3% у мужчин депрессия требует стационарного лечения. Больные депрессией «поставляют» 60% всех суицидов[1]. Особую тревогу вызывает то, что с 1960 по 2000 г. частота суицидов среди подростков и молодых людей в возрасте 15-22 лет увеличилась на 265%[2].

Некоторые авторы указывают на дополнительные причины, которые должны побуждать врачей и психологов к особым усилиям в деятельности на благо депрессивных пациентов. В частности, отмечается, что предрасположенность к развитию депрессии чаще наблюдается у наиболее полезных членов общества: это самые усердные, надежные, серьезные, совестливые и ответственные люди, с интеллектом, превышающим средний популяционный уровень на 20-40 и даже 70%. Депрессивный пациент часто не только в высшей степени способен и умен, но, как правило, уже имеет реальные социальные достижения, которые, однако, не принесли ему желанного удовлетворения. Увы, не они являются главной его целью, а — несколько забегая вперед — именно мощная и бессознательная потребность в любви: принятии, одобрении, восхищении и, в конечном счете зависимости. Это, безусловно, стимулирует к социальным достижениям, причем самого высокого качества и, кроме того — достигаемым самым похвальным образом. Но мы не должны забывать, какие бессознательные потребности (см. выше) лежат в основе этих достижений и что они же приводят к чрезмерной ранимости, уязвимости и разочарованию, несмотря на безусловное признание, социальные и материальные успехи.

1 *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспериментальное бюро, 1967. С. 141.

2 *Гроллман Э.* Суицид: превенция, интервенция, поственция. // В кн.: Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когито-Центр, 2001. С. 273.

## ЭКОНОМИКА ДЕПРЕССИЙ

Общепризнано, что депрессия всегда является тяжелым психическим, физическим и экономическим бременем как для самого пациента, так и для его близких, впрочем, как и для общества в целом.

К сожалению, здесь мы имеем экономические данные только по США и только по краткосрочной терапии. 15 сеансов психотерапии у врача-психиатра в среднем стоят 1300 долларов, у психолога — 1000 долларов. При комплексной терапии, то есть — при периодических консультациях и назначении медикаментозного лечения психиатром в сочетании с психотерапевтической работой психолога — стоимость увеличивается до 1500-1600 долларов (данные получены в результате обобщения почти 2000 случаев)[1].

С нашей точки зрения — весьма достойная оплата. Я понимаю, что многие российские специалисты желали бы иметь такую же. Но здесь нужно учитывать, что экономический уровень и уровень жизни в США и России отличаются примерно в 15 раз. Таким образом, средняя оплата американского специалиста в 66 долларов за сессию соответствует нашей в 4—5 долларов, то есть — примерно 150 рублей. Почему я уделяю этому столько внимания? Я иногда замечаю, что некоторые психотерапевты в своих запросах ориентируются на западный уровень или на стандарты современных российских бизнесменов. С такими запросами нужно идти в бизнес, а не в психотерапию (кстати, наши российские бизнесмены также зарабатывают в среднем в 10 раз меньше своих американских коллег). Мы избираем эту профессию, потому что любим ее и она нас кормит. Но это не та сфера, где можно

---

[1] *Dewan M.* Are Psychiatrists Cost Effective? An Analysis of Integrated versus Split Treatment // Am. Journ. Psychiatry, № 156: 324-326, 1999.

быстро разбогатеть. Более того, в наших материальных запросах, в соответствии с профессиональной этикой, мы всегда больше ориентируемся не на (безусловно, важный) финансовый интерес, а на ту потребность в помощи, которую демонстрируют наши пациенты. Тем не менее, мы исходим из того, что современный уровень оплаты квалифицированной психотерапии в мегаполисах России составляет от 10 до 30 долларов, а в других городах — около 5-7 долларов за одну сессию.

Второй вопрос — приносит ли терапия какие-либо экономические дивиденды депрессивному пациенту? При экономическом анализе 470 не связанных случаев депрессии американскими специалистами было установлено, что среднегодовая экономия средств пациента (в связи со снижением показателя его нетрудоспособности) составляет около 900 долларов[1], что, в целом, сопоставимо с упомянутыми выше затратами на лечение.

По современным данным, средние сроки лечения депрессий составляют от 6 до 12 месяцев. В тяжелых случаях терапия может длиться годы.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

### Биологическая теория депрессий

Биологическая теория депрессий связывает их развитие с нарушениями в нейроэндокринной регуляции, особенно часто — с норадреналином и серотонином. Фактически все антидепрессанты создаются в расчете на эту «мишень» и в большинстве случаев являются ингибиторами рецепторов, чувствительных к этим нейромедиаторам. Уязвимость таких подходов состоит в том, что, как уже отмечалось, эмоциональное состояние при этом оце-

[1] *Zhang M., Rost K. M., Forney J. C.* Changes of Profit of Depressive Patients // Am. Journ. Psychiatry, № 156: 108-114, 1999.

нивается как функция мозга. Мы же исходим из того, что по отношению к психике мозг является такой же сомой, как и любая другая ткань организма, хотя и гораздо более значимая. И между психикой и биологическими нейрорегуляторными структурами и механизмами существуют все те же психосоматические отношения. То есть депрессия, как психологический фактор, может изменять нейроэндокринную регуляцию, и, соответственно, наоборот[1].

Среди других эндокринных и биохимических факторов, обычно упоминаемых в связи с депрессиями, заслуживают упоминания такие, как нарушения в системе кальциевого обмена, гипотиреоз, понижение уровня тестостерона у мужчин и некоторые другие. Хотя, что было первичным — депрессия или эти изменения — всегда остается вопросом. Тем не менее, комплексный подход, комплексная диагностика и комплексная коррекция безусловно необходимы.

### Генетическая составляющая

Генетический фактор является общепризнанным, но — преимущественно — для биполярных расстройств (то есть МДП). Около 50% страдающих МДП имеют хотя бы одного родителя с признаками аффективных нарушений. Роль генетического фактора в развитии униполярных депрессий исследована значительно меньше, и веских доказательств его значимости пока нет.

### Маленькое отступление: почему все-таки женщин больше?

Этому есть много объяснений. Мы попытаемся привести лишь некоторые. Гормональные отличия уже упоминались (уровень тестостерона), и мы практически опустим их.

---

[1] Более подробно об этом см.: *Решетников М. М.* Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии. С. 206—220 данного издания.

Но, безусловно, что генетические и гормональные детерминанты, а также социальное разделение ролей создают ряд принципиальных различий. Они многочисленны и, вероятно, еще не до конца исследованы. Например (апеллируя к недавнему докладу доктора С. Гингер)[1], женщины слышат почти в 2 раза лучше мужчин, они воспринимают гораздо больше нюансов эмоциональной окраски речи, имеют склонность делиться своими чувствами и переживаниями, а мужчины, наоборот, стремятся контролировать свои чувства.

И при работе с этими пациентами тактики терапевта всегда принципиально различны. Женщину нужно терпеливо слушать, не пытаясь решать ее проблемы за нее, а мужчину нужно побуждать больше говорить и выражать свои чувства, в том числе демонстрируя, что терапевт тоже это делает: говорит и выражает свои чувства.

Вопреки широко распространенному мнению, многие специалисты отмечают, что мужчины более эмоциональны, но патерналистская культура принуждает их контролировать свои чувства, за что они платят большей частотой психосоматической патологии. У мужчин лучше развито пространственное и логическое мышление, а у женщин — интуиция и чувство времени. У женщин в 10 раз больше рецепторов кожи, и естественно, что они более ориентированы на телесность в целом (в отличие от мужчин, «настроенных» преимущественно на генитальность), обоняние женщины также в десятки раз превосходит мужское, а в период месячных — даже в 100 раз. У мужчин лучше зрение, и это одна из их эрогенных зон и т. д. Женщины чаще говорят не задумываясь, а мужчины чаще дей-

---

[1] *Гингер С.* Психология женщины — психология мужчины (отличие женского мозга от мужского) // Профессиональная психотерапевтическая газета, № 1 ’2002. С. 19—22.

ствуют подобным образом, хотя и демонстрируют «типично мужское» глубокомыслие (естественно, это проявляется и в терапии). Женщины, которые несчастливы в личной жизни, чаще имеют профессиональные проблемы. У мужчин — личные (в том числе семейные и сексуальные) проблемы чаще являются производными от профессиональной неуспешности. Женщинам вначале нужна интимность отношений, чтобы получить полное удовлетворение от сексуальности, а мужчина — в большинстве случаев приходит к интимности через сексуальность...

К этому следует добавить еще (не менее значимые для психопатологии) различия, обусловленные социальными ролями, навязанными культурой, а также такой особый фактор, как психофизиологическое напряжение, связанное с беременностью, вынашиванием, родами и вскармливанием. Послеродовые депрессии — нередкий вариант этого страдания.

Современная наука считает, что примерно 30% личности детерминировано наследственностью (генетическим кодом), еще 30% — спецификой внутриутробного развития. И только 40% наших различий являются приобретенными: усилиями родителей, социума, учителей и нас самих.

И у меня, и у моих рецензентов данные С. Гингера вызвали противоречивые чувства. Эти данные лишь очень косвенно дополняют наши представления о различиях между полами и причинах депрессивных расстройств, тем не менее, надеюсь, они будут полезны для психотерапевтов. Я также надеюсь, что со временем появятся систематические исследования особенностей женских и мужских депрессий, так как многочисленные гендерные различия в проявлениях и течении этого страдания достаточно трудно уложить в прокрустово ложе некой усредненно-бесполой личности.

**Глава 2**

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

## ДИАГНОСТИКА

В настоящее время общепринятой в психиатрии является диагностика по 9 основным критериям, из которых для установления клинического диагноза должны одновременно присутствовать по меньшей мере в течение двух недель, как минимум, пять, в частности:

1) снижение настроения в течение большего времени суток;
2) снижение чувства удовольствия от жизни и интереса к ней;
3) изменение аппетита и значительная потеря массы тела (более чем на 5%);
4) бессонница в сочетании с чувством повышенной сонливости;
5) ажитированное поведение или замедление всех поведенческих реакций;
6) чувство отсутствия или резкого снижения общей энергичности;
7) ощущение собственной неполноценности и постоянного чувства вины;
8) невозможность на чем-либо сосредоточиться, нерешительность;
9) периодически возникающие мысли о смерти.

В МКБ-10 выделяется «легкий депрессивный эпизод», который диагностируется если клиническая картина соответствовала 4-м и более из следующих признаков:

1) отчетливое снижение интересов или потеря удовлетворения от обычно доставляющей удовольствие деятельности;
2) снижение привычного эмоционального реагирования на события или деятельность;
3) раннее пробуждение (за два и более часа до привычного времени);
4) суточные колебания аффекта;
5) объективно наблюдаемые выраженные расстройства психомоторики (заторможенность или ажитация);
6) отчетливое снижение аппетита;
7) потеря веса (свыше 5% веса тела за истекший месяц);
8) отчетливое снижение либидо.

Как легко заметить, отличия не очень существенны, за исключением отчетливого снижения либидо, которое в отдельных случаях, как показывает моя практика, может приобретать характер отвращения к любым проявлениям телесности, влючая ощущение собственного тела как «неприятного», «грязного», «мерзкого», «отвратительного» даже при безусловно достойных зависти внешних данных.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ

Поведенческие эквиваленты депрессии хорошо известны, и этот диагноз легко ставят даже не специалисты. Жалобы на плохое самочувствие, отсутствие энергии и желаний, повышенную психическую и физическую утомляемость, снижение аппетита, вялость, трудности концентрации на чем-либо и склонность к уединению — могут быть отнесены как к ситуациям транзиторной депрессии, так и к первым предвестникам более тяжелой. Характерно, что при хронификации процесса пациенты начинают испытывать трудности в том, чтобы хоть как-то определенно квалифицировать свое состояние, ибо чаще всего оно очень неспецифично и одновременно — суще-

ственно отличается от всех других. Жалобы на «тяжелый камень» на душе или на сердце, полное бесчувствие, невыносимую пустоту или тяжесть в голове, утрату яркости восприятия окружающих, мира и природы («краски как будто стали тусклее», «контуры нечетки», «все как в тумане»), а также полное отсутствие возможности заниматься какой-либо деятельностью (особенно — интеллектуальной) — наиболее типичны. Некоторые авторы определяют это состояние как «витальную тоску». Очень быстро к этим признакам присоединяются нарушения в сфере влечений, в первую очередь — сексуальных (снижение или даже «блок» либидо в сочетании с «потускнением» оргазма или его отсутствием и резким усилением негативного эмоционального фона после, как правило, характеризуемых как «навязанные», сексуальных отношений). Никакие события, которые раньше могли бы восприниматься как радостные, включая некогда страстно желаемые, не могут что-либо изменить. Скорбь и печаль постоянно присутствуют во взгляде и даже в вымученной улыбке, уголки губ опущены, большую часть времени губы плотно сжаты — бледные и сухие (жалобы на сухость во рту обычно также присутствуют). Брови сдвинуты, нередко с характерной складкой между ними. Весьма характерна поза, как бы свидетельствующая о желании занять как можно меньше места в этом мире: голова и плечи опущены, локти прижаты к туловищу, руки сложены вместе на сжатых коленях. Ответы на вопросы обычно замедленные, односложные, голос приглушенный. Ориентация во времени и месте, а также собственной личности, так же как и память о прошлых событиях, как правило, сохранена, но могут быть затруднения в фиксации текущих событий, включая забывание только что заданного вопроса. Это типичное состояние может периодически сменяться «взрывами тоски отчаяния» с характерным «угрюмым» психомоторным возбуждением или стонами, рыда-

ниями, попытками причинить себе боль или даже увечье, вплоть до суицида.

Состояние депрессии особенно мучительно днем и легче переносится в вечернее время. Несмотря на то, что пациенты до обращения к терапевту, как правило, уже не раз переживали острые депрессивные «атаки» с более или менее благоприятным исходом, каждая последующая ощущается ими как самая тяжелая («так плохо еще никогда не было») и сопровождается уверенностью, что «теперь это уже никогда не пройдет».

Изредка встречаются бредоподобные сверхценные идеи или идеи вины, а также слуховые галлюцинации, обычно — порицательного содержания.

## СКРЫТЫЕ ДЕПРЕССИИ

Некоторые клиницисты считают[1], что распространенность скрытых депрессий[2] превосходит обычные (явные варианты) в 10-15 раз (хотя мне трудно представить, что значит «больше в 10 раз» по отношению к 30%). При скрытых формах депрессивного расстройства преобладающими являются сомато-вегетативные расстройства различной локализации, а клиническая картина самой депрессии (во всем ее многообразии) — обычно выражена гораздо слабее. Такие пациенты, как правило, обращаются к врачам общей практики, и — по оценкам ВОЗ, в совокупности с другими пограничными расстройствами, — поставляют до 40% посещений врачей-интернистов[3]. В результате уже упомянутой недостаточной психиатрической и пси-

[1] *Jacobson E.* Depression. Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions. International Universities Press, New York, 1971. P. 324.

[2] Как синонимы этого термина употребляются также: ларвированные, соматизированные, маскированные и «улыбающиеся» депрессии.

[3] *Luborsky L., Singer B.* Comparative Studies of Psychotherapies// Archives of General Psychiatry, 1975. P. 995-1008.

хотерапевтической культуры (не только общества, но и врачей) такие пациенты подвергаются многочисленным обследованиям, результат которых в ряде случаев легко предсказуем: «Патологии не выявлено», — о чем пациент обычно информируется с дополнением: «Это у вас субъективное». Но пациенту мало пользы от того — субъективна или объективна (с внешней точки зрения) его боль: для него она всегда объективна. Назначаемое в большинстве таких случаев лечение (иногда самыми мощными и далеко не безвредными) препаратами, естественно, не приносит улучшения (и начинается поиск других препаратов). Здесь наблюдается та же динамика: симптомы соматизации более выражены утром, а к вечеру состояние улучшается. Характерен также сезонный характер соматизации: обострения осенью и весной с последующими спонтанными ремиссиями. Скрытые депрессии в юношеском возрасте часто приводят к различным вариантам зависимого поведения (куда могут быть отнесены: несоответствующая возрасту повышенная апелляция к заботе родителей, наркомании, алкоголизм, компьютерные игры, интернет и т. д.), а также они могут проявляться в форме асоциального поведения, сексуальных нарушений и «ситуациях ухода» (из дома, школы, вуза, своей возрастной или социальной группы и, как крайний вариант — из жизни). Суицидоопасность скрытых депрессий не сильно уступает ее клиническим вариантам.

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ

Всегда очень сложно провести четкую грань между невротическими и психотическими депрессиями. И это зависит не столько от присутствия или отсутствия того или иного симптома, сколько от уровня их проявления и развития, а также — глубины страдания пациента. В этой книге основное внимание направлено на эмоциональные нарушения

невротического уровня, и лишь те, при которых ведущим проявлением страдания пациента является именно депрессия.

## ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ

Многие исследователи отмечают связь развития депрессии с острыми и хроническими стрессами. В значительной степени это может быть обусловлено тем, что большинство пациентов так или иначе «датируют» начало депрессивного эпизода конкретной ситуацией или тем или иным негативным фактором. Но... — так как те же факторы и аналогичные ситуации в других случаях оказываются более или менее адекватно преодолимыми, можно предполагать, что эти факторы лишь «запускают» уже присутствующие патологические механизмы и реакции.

## СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ И ЦИВИЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Я здесь буду чрезвычайно краток, так как это очень специфическая тема и ей будет посвящен специальный раздел (см. часть 2 — «Депрессивный мир»), поэтому только отмечу, что, как и в большинстве других форм психопатологии, мы наблюдаем здесь существенные изменения в процессе социокультурной динамики, а также — значительный клинический патоморфоз депрессий — с явным ростом непсихотических форм этого страдания.

В этом разделе также стоит упомянуть такие дополнительные факторы, как децентрализация (и снижение доступности) психиатрической и психотерапевтической помощи, кризис гуманитарных ценностей, которые составляли стержень европейской цивилизации, эконо-

мическую депрессию (по отношению к которой клиническая является не только синонимом), коррупцию, экологические и социальные кризисы, экономическое расслоение населения, децивилизацию культуры, утрату корней, этнические и другие проблемы, каждая из которых (с точки зрения этиологии и психогенеза депрессии) может быть предметом самостоятельного исследования.

## Глава 3

# ПСИХОГЕНЕЗ ДЕПРЕССИЙ

Этот раздел требует повторного обращения к вопросам этиологии и патогенеза, так как психотерапия, сколько бы мы ни пытались уложить ее в прокрустово ложе медицины, оперирует принципиально иными категориями и иным понятийным аппаратом.

### БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ

В поведенческой психотерапии при объяснении депрессии нередко апеллируют к так называемому «выработавшемуся чувству беспомощности». В частности, приводятся опыты с животными, подвергавшимися ударам электрического тока, которых нельзя было избежать. При длительном воздействии такого экстремального раздражителя, после краткого периода избегания, животные прекращали такие попытки и демонстрировали полную беспомощность, сходную с аналогичным состоянием у депрессивных пациентов. Из этих же представлений исходят и принципы поведенческой терапии, где считается (и подтверждается исследованиями приверженцев этого направления), что депрессия уменьшается, если пациенту удается внушить чувство контроля над ситуаций и убедить его в способности справляться с ней. Мой личный терапевтический опыт не убеждает меня в адекватности этих подходов, но, не являясь специалистом в области бихевиоризма, я не буду их оспаривать.

## КОГНИТИВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

Когнитивные концепции связывают развитие депрессии с заниженной самооценкой, предрасположенностью к пессимизму и демонстрации чувства беспомощности, а также неадекватными оценками негативных жизненных ситуаций. Соответственно, терапия направлена на коррекцию этих факторов.

В когнитивной психологии хорошо известна так называемая триада А. Бека: 1) негативное отношение к самому себе («дела идут плохо, потому что я плохой»), 2) негативная интерпретация жизненного опыта («все всегда было плохо») и 3) пессимистический взгляд на будущее («ничего хорошего не будет» — ожидание неудачи). Как мы увидим далее, здесь нет существенно нового, по сравнению с концепцией Фрейда, но апелляция к рациональной переоценке событий или собственной личности также далеко не всегда возможна, о чем еще не раз будет сказано ниже.

## ГЕШТАЛЬТ

Я не являюсь также специалистом в области гештальт-терапии, и мои сведения об этой сфере более чем скудны. Я знаю, что автор этого метода Фриц Перлз был психоаналитиком, и при весьма поверхностном знакомстве с его концепцией (впервые сформулированной в 1942 году) не уловил чего-то существенно для меня нового. Я не могу не признать, что это качественно иная философская система, хотя и созданная на основе психоанализа. Я не могу не видеть иного понятийного аппарата, но за ним так же легко угадывается аналитический аппарат и подход.

Я не хотел бы быть обвиненным в предвзятости — мои терапевтические предпочтения известны и, естественно, они проявляются и в этой книге, но это не значит, что дру-

гие методы психотерапии отвергаются. Более того, вслед за Л. Шертоком я считаю, что любой метод, который был эффективен хотя бы один раз, имеет право на существование. Но академический подход все-таки предполагает, что автор исходит не из одного случая, а из анализа множества случаев, и приводит не только статистику успешности того или иного метода, но и методологию, из которой он исходит, а также технику, которую он использовал. С этой точки зрения можно было бы только приветствовать появление монографий под названиями, например, «Бихевиоральная терапия депрессий», «Когнитивная...» и т. д. И я надеюсь, они появятся.

## ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ)

В этом разделе вряд ли уместно повторять положения теории Фрейда о структурной и динамической организации психики. Я лишь еще раз напомню, что все эти структуры — бессознательное, Эго или Я, как непосредственная презентация личности, и Супер-эго, как структура совести или интроецированного образа родителя, являются гипотетическими, но наша практика многократно подтверждает, что эти гипотезы адекватны тому, что мы видим и с чем мы работаем у наших пациентов.

Если читатель впервые встречается с психоанализом, я бы хотел предложить предварительно ознакомиться (в любом справочнике или словаре) с теорией развития, теорией влечения, теорией объектных отношений, а также понятиями переноса, психической реальности и нарциссизма...

Зигмунд Фрейд и Карл Абрахам впервые связали возникновение депрессии с ситуацией утраты объекта (преимущественно — матери). В результате в последующем при воздействии провоцирующих (психических,

физиологических, экологических и т. д.) негативных факторов возникает регрессия к ранним стадиям психосексуального развития, в данном случае — именно к той стадии, на которой возникла патологическая фиксация, и в частности — к орально-садистической стадии, когда все влечения младенца концентрируются на материнской груди — этом первичном и самом важном объекте. Я напомню также одно из самых известных изречений Фрейда, что два базисных чувства встречаются у материнской груди — любовь и голод. Утрата объекта в первую очередь бьет именно по этим чувствам (с этой точки зрения — и анорексия, впрочем, как и булимия, могут рассматриваться как своеобразные поведенческие эквиваленты депрессии).

Одновременно с этим утраченный объект интроецируется в Эго, расщепляя его как бы на две части: собственное Эго пациента и часть Эго, которая практически полностью идентифицируется с утраченным объектом (еще раз, чаще всего — матерью), что в свою очередь вызывает фрагментацию и потерю энергии Эго.

Супер-эго реагирует на это, усиливает «давление» на Эго (выражаясь общепсихологическим языком — на личность), но, в результате утраты интеграции и дифференцированности последнего, Эго начинает реагировать на это давление большей частью как Эго утраченного объекта, на который проецируются все негативные и амбивалентные чувства пациента (а «отколовшаяся» часть, принадлежащая собственному Эго обедняется и опустошается). Как следствие, негативные чувства, направленные на утраченный (воспринимаемый как предательский, гадкий или даже мерзкий) объект, концентрируются на самом себе.

Несколько слов о понятии «объект». В психоанализе объект может обозначать субъекта, часть субъекта (например, такой частичный объект, как материнская грудь)

или другой предмет (например, соску) или часть предмета. Но, употребляя термин «объект», мы всегда подразумеваем его особую ценность (вначале для младенца, а затем и для взрослого). Объект всегда связан с влечением или удовлетворением того или иного влечения, всегда аффективно окрашен (любовью или ненавистью) и имеет устойчивые (с точки зрения реальности или психической реальности) признаки.

Я понимаю, что пока все это очень схематично и маловразумительно, и сразу адресую читателя к следующему разделу.

## Глава 4

# ПСИХОДИНАМИКА ДЕПРЕССИИ

### ФРЕЙД О МЕЛАНХОЛИИ[1]

Фрейд писал не только высокохудожественным, но и достаточно сложным для обыденного восприятия языком. Я попытаюсь немного упростить его изложение, таким образом, чтобы оно могло быть воспринято не только аналитически ориентированными специалистами, но и широкой терапевтической аудиторией.

Периодические расстройства настроения, когда уместен вопрос: «Ты чем-то расстроен?» — знакомы каждому. У этих расстройств есть та или иная и обычно — рациональная, поддающаяся анализу и объяснению, связь с той или иной ситуацией или психической травмой. В такие периоды человек чувствует или даже демонстрирует снижение общей энергичности, некоторую заторможенность, погруженность в себя, определенное застревание на какой-то психотравмирующей теме с явным ограничением интереса ко всем другим, склонность к уединению или, наоборот, обсуждению этой темы с кем-то близким, а иногда — и вовсе незнакомым. Конечно, при этом страдает и работоспособность, и самооценка, но *мы сохраняем способность действовать и взаимодействовать с другими, понимать себя и других, включая причины своего плохого настроения,* а также (в рамках сложившейся культуры) стараемся не

---

[1] Этот раздел подготовлен на основании аналитического прочтения работы 3. Фрейда «Скорбь и меланхолия». См.: Вестник психоанализа, № 1'2002. С. 13-30.

проецировать свое состояние на окружающих («это не их проблемы»). Фрейд обозначает это как обычную «скорбь».

В этих случаях, как правило, никому не приходит в голову обращаться к врачу или психологу. И в типичной бытовой ситуации через некоторое время мы забываем и о своем расстройстве, и о ситуации, которая стала его причиной. И даже в тех случаях, когда мы продолжаем помнить о ней, она уже не вызывает у нас ощущения страдания. Такое поведение не воспринимается в качестве патологического, так как у него всегда есть причина и конкретное объяснение.

В отличие от этого меланхолия (в данном случае термин «меланхолия» эквивалентен «тяжелой депрессии») является качественно иным состоянием. Фрейд отмечает, прежде всего, утрату интереса ко всему (внешнему миру), всеобъемлющую заторможенность, неспособность к какой-либо деятельности в сочетании с понижением чувства собственного достоинства, которое выражается в бесконечном потоке упреков и оскорбительных высказываний по поводу собственной личности, в отдельных случаях перерастающее в бредоподобное чувство вины и ожидание наказания (за свои реальные или фантазийные прегрешения, которым, по ощущениям пациента, нет прощения). Фрейд называет это «величественным обеднением Я» и отмечает, что если при скорби «мир становится бедным и пустым», то при меланхолии таким становится само Я.

Пациент подает себя как исключительно мерзкого, ни на что не способного, даже отвратительного, и нередко удивляется тому, что терапевт связался и возится с таким недостойным человеком, как он. При этом страх, что терапевт в своем добром отношении неискренен, воспринимает пациента столь же негативно и думает о нем так же точно, как и он сам, создает огромное сопротивление переносу и терапии в целом.

Действительно, очень трудно общаться с такими пациентами, и если Вам не знакомо или не понятно то, как они страдают, вряд ли вы сможете выдержать то всеобъемлющее недоверие, нескрываемый негативизм и пессимизм, которые они будут проецировать на Вас и вашу работу.

Дополним это примечание тем (и Фрейд также говорит об этом), что совершенно бесполезно разубеждать пациента в том, что это не так, ибо пациент бесконечно уверен, что все обстоит именно таким образом, как он представляет в своем восприятии, в своих установках и в своем рассказе.

У терапевта здесь всегда есть опасность совершить «когнитивную ошибку», но для всей последующей терапии гораздо важнее — избежать ее: ибо вовсе не «болезненное воображение» является причиной страдания пациента (хотя не только терапевт, но и сам пациент иногда так думает), а следствие тех внутренних (большей частью бессознательных) процессов, которые, по сути, «пожирают» его Я.

Хотелось бы обратить внимание на еще одну специфику депрессивного пациента. Большинство из нас имеют множество слабостей, комплексов, непристойных и недостойных мыслей. Но мы прилагаем массу усилий, чтобы скрыть их от окружающих, наделяя одновременно и себя, и этих окружающих достаточно весомым перечнем достоинств. Меланхолик наоборот — не скрывает, а выпячивает свои недостатки (общие для него и для нас всех). Но мы всегда легко замечаем, что между его масштабным (всеобъемлющим) уничижением и его реальной личностью нет соответствия... Хотя это знание и мало помогает нам в терапии.

Главное, что сразу бросается в глаза большинству специалистов, что пациент производит впечатление терзаемого болью, чувством вины и раскаяния человека. Но

это не впечатление, а реальность — это так и есть! Хотя и здесь есть специфика, которая не сразу бросается в глаза. В отличие от обычной или обыденной реакции раскаяния, которая, я думаю, также многим знакома, у меланхолика нет стыда перед другими (еще раз напомню — за свои реальные или фантазийные прегрешения). Наоборот, он находит особое удовлетворение именно в последовательной, если не сказать жесткой и жестокой самокомпрометации.

Это специфика (в рамках психодинамической концепции) позволила сделать вывод, что все эти упреки относятся не совсем к нему, или даже — совсем не к нему. И Фрейд дает ответ на вопрос, почему это происходит. Он связывает это с уже упомянутой фрагментацией Я, при этом одна часть Я противопоставляет себя другой, критически оценивает ее, принимая ее за некий объект (точнее — утраченный объект), тогда как вторая часть Я практически полностью идентифицируется с этим утраченным объектом. Постепенно эта критическая инстанция смещается в Сверх-Я (моральное, карающее и наказующее), что еще более усиливает тяжесть страдания.

Обобщая такие болезненные ситуации, Фрейд объединяет их понятием утраты, и связывает их с желанием чего-либо, ситуационно или вообще — не достижимого. К этому тезису мы еще вернемся.

В работе «Скорбь и меланхолия»[1] Фрейд обращает внимание на ускользавшую ранее от внимания исследователей «утрату способности любить» и на то, что, в отличие от скорби, когда есть реальная утрата кого-то близкого и дорогого или чего-либо ценного или даже бесценного, меланхолия, то есть депрессия, вовсе не обязательно апеллирует к реальным утратам или, как отмечает Фрейд — в большинстве случаев «нельзя точно

[1] Над этой статьей Фрейд думал и работал 11 лет — с 1894 по 1915 г.

установить, что именно было потеряно». И сам пациент этого не знает. То есть, по образному выражению Н. М. Савченковой[1], речь идет не о «лишенности обладания», а об «обладании лишенностью».

Ценность этого «обладания» особенно сильно проявляется на заключительных этапах терапии, так как «обладание лишенностью» — это все-таки «обладание» чем-то, в некотором смысле — последняя возможная форма обладания, связанная с утраченным объектом, а терапевт (пусть и с благими намерениями) выступает в роли того, кто хочет «отобрать» «и это последнее».

Иногда утрата может быть даже известна пациенту, но здесь также имеется весьма специфическая особенность: он может знать, кого или что он потерял, но он не может сколько-нибудь адекватно описать (и, соответственно, не понимает) — *что* он утратил? Это последнее *что,* таким образом, принадлежит бессознательному (в отличие от скорби, когда утрата вполне осознаваема).

Фрейд также говорит о том, что если обычная человеческая скорбь следует принципу реальности, то меланхолия идет путем парадокса. При скорби (в результате потери близкого человека, социального или материального статуса, родины и т. д.) психическое состояние и потеря интереса понятны, при меланхолии — это всегда загадка.

При болезненной меланхолии ослабевает или даже утрачивается важнейшая из функций Я — функция тестирования реальности, без адекватности которой само существование личности превращается в нечто ирреальное.

Нарушается сон, меланхолик как бы входит в бесконечное бодрствующее состояние, но одновременно стирается

[1] *Савченкова Н. М.* Обладание лишенностью // Вестник психоанализа, № 1 ’2002. С. 9-13.

грань между этим заторможенным бодрствованием и ночными грезами. Меланхолик не то чтобы не может уснуть, а — в некотором смысле — просто «перестает просыпаться».

Как уже отмечалось, в отличие от обычной скорби при меланхолии резко снижается самооценка. Потоки самообвинений и бесконечного самоуничижения — наиболее частый вариант вербального материала у таких пациентов. При этом разубеждать пациента, повторим еще раз, бессмысленно, так как одна из составляющих его расстройства как раз и состоит в убежденности, что все обстоит именно так, как он воспринимает. Я еще раз подчеркну — ему не «кажется», это не ошибка восприятия, а именно так оно и есть в его психической реальности.

## Почему это происходит?

Фрейд отмечает, что если терпеливо слушать и анализировать самообвинения меланхолика, то очень скоро можно прийти к выводу, что он говорит не о себе и его слова самоуничижения гораздо больше относятся к тем, кого он любил или любит, или должен был бы любить, но не может. И, как правило, за этими словами всегда есть какое-то основание.

Одновременно Фрейд отмечает, что меланхолик начинает видеть наши общие — человеческие — недостатки гораздо яснее, без какой-либо культурной цензуры. Но... практически все их относит к себе. Фрейд даже изумляется, говоря, неужели нужно было заболеть, чтобы так ясно (почти психоаналитически) увидеть человеческую природу (без ее культурного обрамления)?

В своей фундаментальной статье Фрейд особенно подчеркивает, что причина меланхолии всегда имеет отношение к утрате какого-то объекта — воображаемого или реального, но в терапии мы прежде всего видим

утрату собственного Я пациента. Или — раздавленность, расщепленность (диссоциированность)[1] этого Я.

Исходя из этих представлений и формулируется одна из возможных (или, точнее, одна из важнейших) гипотез: когда объект утрачен (или отношения с ним потерпели крах), но субъект не может оторвать от него свою привязанность (энергию либидо), эта энергия направляется на Я, которое в результате как бы расщепляется, а с другой стороны — трансформируется, отождествляясь с утраченным объектом. Таким образом, утрата объекта превращается в утрату Я. В результате, утраты объекта как бы не происходит, либидо не смещается с этого объекта на другой, а «отступает в Я».

При этом все жизненные потоки как бы замыкаются в отношениях между Я и «суррогатным» объектом или — если быть более точным: между фрагментом Я, принадлежащим личности, и фрагментом Я, идентифицировавшимся с объектом. Вся энергия концентрируется внутри, «изолируясь» от внешней активности и реальности в целом. Но поскольку этой энергии много — она ищет выход и находит его, трансформируясь в бесконечную душевную боль (боль — в ее исходном звучании, существу-

[1] Но не стоит путать это определение с диссоциативным расстройством личности (DID), то есть тем, что до недавнего времени определялось как «множественное личностное расстройство» (MPD). DID является сложной хронической психопатологией, при которой происходит расстройство личности и памяти. Диагностическими критериями DSM-IV для этого расстройства являются следующие: а) наличие двух или более четких тождественностей (каждая со своей собственной, относительно устойчивой моделью восприятия, контактов и взглядов на окружающую среду и себя); б) по крайней мере, две из этих тождественностей периодически получают контроль над поведением больного; в) неспособность вспомнить важную информацию личного свойства, при этом — настолько обширная, что ее нельзя объяснить простой забывчивостью; г) как правило, это расстройство не связано с прямыми физическими или физиологическими воздействиями.

ющая безотносительно чего-либо, так же как материя, энергия и т. д.).

Вторая составляющая гипотезы Фрейда исходит из возникновения мощных агрессивных чувств, направленных на не оправдавший ожиданий объект. Но — так как последний остается объектом привязанности, эти чувства направляются не на объект, а опять же на Я, которое (под воздействием этих мощных чувств) расщепляется. И мы снова приходим к тому же выводу: утрата объекта превращается в утрату Я. При этом Супер-эго (инстанция совести) учиняет жесточайший и бескомпромиссный «суд» над собственным Я, как над этим, не оправдавшим ожидания, объектом.

Фрейд пишет:

«*... Концентрацию меланхолика на своем объекте постигла двоякая участь: отчасти она регрессировала к отождествлению, другая ее часть под влиянием амбивалентного конфликта вернулась на близкую к ней ступень садизма... Если любовь к объекту, которая не может прекратиться, тогда как сам объект покинут, нашла спасение в нарциссическом отождествлении, то по отношению к этому эрзац-объекту обнаруживается ненависть — обнаруживается в том, что его бранят, унижают, заставляют страдать и находят в этом страдании садистическое удовлетворение*»4

Практически всегда в клинической картине присутствует еще один очень важный феномен: мысль о невозможности утраты становится более значимой и реальной, чем то, произошла ли (и неважно, как давно) эта утрата или нет, или есть только угроза того, что она произойдет. В данном случае важно лишь то, что существовала и существует сильнейшая фиксация на объекте любви и при-

[1] См. Фрейд 3. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа, № 1 ’2002. С. 13-30.

вязанности, а также то, что эта любовь и привязанность никогда не были удовлетворены (или — пусть даже присутствует только угроза их удовлетворению).

Психодинамический подход исходит из того, что выбор этого объекта (в свое время), скорее всего, осуществлялся на нарциссической основе, а следовательно — такой же может быть и идентификация с этим объектом, то есть — нарциссическая идентификация, но в «извращенном» виде: если объект покинул меня, то это потому, что «я слишком плох, отвратителен или даже омерзителен». При такой нарциссической идентификации возможен регресс даже к дообъектным отношениям, которые Фрейд образно определял как «дыру в психическом».

Это, вероятно, один из самых сложных компонентов гипотезы Фрейда, поэтому вернемся к этой идее еще раз. Объект бесконечно любим и столь же ненавистен, он как бы покинут и одновременно — не может быть покинут, его нет, но он присутствует (в инкорпорированном виде), и эта неотторжимая привязанность находит убежище в нарциссической идентификации. Эго пациента становится этим замещающим объектом, но, в отличие от амбивалентных чувств к утраченному объекту, в отношении собственного Я проявляется преимущественно только ненависть. Потребности в наказании и возмездии — бесконечны. Поэтому именно идентифицировавшееся с утраченным объектом Я заставляют страдать, и находят в этом страдании хоть какое-то удовлетворение. Все садистические тенденции обращаются на собственную личность. При этом садистический компонент, как уже отмечалось, перемещается в Супер-эго и обращается против Эго. Поэтому в терапии апелляция и к первому, и ко второму, фактически, — бесполезна. Само же страдание носит «конверсионную» природу: лучше быть неизлечимо больным, лучше полностью отказаться от какой бы то ни было активности, но только бы не проявить свою враждебность к объекту, который по-

прежнему бесконечно дорог. Исходя из этого тезиса, чаще всего мы ищем и легко находим объект в ближайшем (значимом) окружении пациента. Но это знание также не облегчает терапию, а лишь позволяет объяснить некоторые характерные феномены переноса и регресса в ее процессе.

Регресс иногда смещается вплоть до орально-каннибалистической фазы, с бессознательным желанием поглощения (уже не психического, а «физического» инкорпорирования) объекта. И одновременно существует страх этого поглощения, которым отчасти может быть объяснен отказ от пищи и другие варианты ограничительного поведения, включая уже упомянутую булимию, скрытый смысл которой можно было бы выразить фразой: «Лучше поглощать немыслимое количество пищи и превратиться в нечто бесформенное — только бы не “поглотить” объект!»

Фрейд делает очень поэтичные сравнения: «Тень [утраченного] объекта падает на Я» — и Я оказывается, таким образом, всегда в тени, «в нем больше нет солнца». При этом утраченный объект как магнит притягивает все мысли и чувства, а так как его больше нет — он притягивает их в никуда. Вся сила привязанности к конкретному объекту трансформируется в болезненную привязанность к утрате, которая уже не имеет ни имени, ни названия.

В процессе терапии активируются то одни, то другие воспоминания, но все они отличаются своеобразной монотонностью, апелляцией к чему-то, что уже существует само по себе, и даже — вне связи с объектом. Это как бы негативный аффект в чистом виде...

Фрейд отмечает, что меланхолический комплекс «ведет себя как открытая рана». То есть он не защищен от внешних «инфекций» и исходно болезнен, и любые осложнения, а то и просто «прикосновения» (пусть даже вообще никак не связанные с утраченным объектом) лишь усугуб-

ляют ситуацию и возможность заживления этой раны. Терапия — это также вариант «прикосновения», которое должно быть максимально деликатным, и в ряде случаев требует предварительного обезболивания. Как я уже неоднократно говорил и писал, психоанализ не против психофармакологии, он против ее необоснованного, изолированного и бесконтрольного применения.

В конце своей фундаментальной работы Фрейд отмечает, что эта бесконечная борьба амбивалентных чувств постепенно может истощаться, и параллельно ослабевает фиксация либидо на объекте. Второй обозначенный Фрейдом механизм состоит в том, что процесс в бессознательном заканчивается как бы в режиме некой «саморегуляции», после того как объект, наконец, теряет ценность и может быть «брошен».

Увы, эти выводы не много добавляют к нашим знаниям, и особенно — в отношении прагматических знаний, позволяющих хоть как-то проецировать их на терапию. Фрейд и сам сознает это и пишет на последней странице своей работы: «У нас нет представления о том, какая из этих двух возможностей обычно или преимущественно кладет конец меланхолии...», имея в виду в данном случае — вне терапии.

Фрейд практически не писал о терапии, так как считал, что ориентация на технику всегда идет в ущерб пониманию психодинамики, которая имеет некоторые общие закономерности и, тем не менее, всегда чрезвычайно индивидуально представлена в каждом конкретном случае. Но, вероятно, читатель был бы сильно разочарован, если бы мы закончили этой констатацией. И, безусловно, мы еще обратимся к психотерапии депрессий, но вначале дополним понимание ее психодинамики, апеллируя к более поздним работам классиков.

# Глава 5

# КЛАССИКИ И СОВРЕМЕННИКИ О ПСИХОДИНАМИКЕ ДЕПРЕССИИ

## КАРЛ АБРАХАМ

К. Абрахам[1] рассматривал депрессию с точки зрения психологии развития и пытался понять депрессию в контексте «истории развития либидо», то есть — истории влечений.

Он, в частности, отмечал, что для депрессивных пациентов типичной является история жизни, когда в раннем детстве они сталкиваются с трудностями, связанными с появлением в семье второго ребенка. Но типичны также и случаи, когда в жизни людей имели место реальные утраты. Лишение в раннем возрасте одного или обоих родителей вследствие смерти, болезни или развода, или даже в результате простого частого отсутствия последних, может привести в действие механизм «поглощения», с помощью которого ребенок пытается справиться с болью утраты. Еще раз вернемся к термину «поглощение». Что это значит? Происходит интроекция объекта любви, и далее человек может находиться всю жизнь в противостоянии с интроецированным объектом (и всеми

---

[1] *Abraham K.* Notes on the Psycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions // Essential Papers on Depression. International Universities Press, New York, 1985. P. 31-48.

последующими значимыми объектами эмоциональной привязанности).

На психоаналитическом конгрессе в Веймаре в 1911 году Абрахам говорил также о связи депрессии с неудовлетворенными желаниями. Депрессия возникает вследствие отказа от желаемого, но недостижимого объекта, который не может дать ожидаемого удовлетворения. Нелюбимый или недолюбленный (или воспринимающий себя таковым) человек, как следствие, оказывается неспособным любить и... разочаровывается в жизни, до тех пор пока ему не удается приобрести более позитивный опыт. Этот новый позитивный опыт и является одной из задач терапии.

Абрахам признавал центральным моментом депрессивного процесса борьбу противоречивых импульсов любви и ненависти. Другими словами: любовь не находит отклика, а ненависть, вытесненная вовнутрь, парализует, лишает человека способности к рациональной деятельности и повергает его в состояние глубокой неуверенности в самом себе. Характерно, что при депрессии личность чаще всего проецирует свою проблему вовне. Человек говорит: «Не я не способен любить, не я ненавижу, это другие меня не любят и ненавидят из-за моих (психических или физических) недостатков. Поэтому я так несчастен». Уже многократно упомянутая неспособность любить трансформируется в ненависть к другим. Для психодинамически ориентированного специалиста здесь нет ничего удивительного: пациенту всегда легче объяснить свою депрессию тем, что другие его не любят и ненавидят, чем понять, что это он сам не может любить, и находится под гнетом амбивалентных чувств, в которых ненависть всегда более очевидна. Но это бессознательное присутствие неспособности любить приносит тяжелейшие страдания, так как любить и быть любимым — одна из величайших витальных потребностей. Невозможность

реализовать эту потребность вызывает чувство неполноценности, которое — в свою очередь — дает множество поводов к самообвинениям, а также имеет ряд других последствий: межличностных, профессиональных и сексуальных.

## МЕЛАНИ КЛЯЙН

Кляйн[1] на основе клинического опыта пришла к выводу о существовании чрезвычайно тесной связи между инфантильной депрессивной позицией и феноменом скорби и меланхолии. Она исходила из того, что в период отлучения от груди у ребенка формируется депрессивная позиция[2], в основе которой лежит неосознаваемое чувство утраты, включая ощущения утраты любви и безопасности, к которым закономерно присоединяются деструктивные импульсы, направленные на материнскую грудь (как на утраченный или только утрачиваемый первичный объект, исходно символизирующий мать в целом).

Кляйн апеллирует к довербальным стадиям развития, и речь, естественно, идет о досознательном уровне формирования личности, где присутствуют преимущественно реакции удовольствия/неудовольствия. Удовлетворение от сосания материнской груди формирует представление о ней, как о «хорошем» объекте. Отсутствие груди или отнятие от груди вызывает довербальные представления о «плохой» груди. Ребенок неосознанно проецирует свою любовь на хорошую грудь, и свою агрессию — на плохую (внимательные матери хорошо знают это поведение). Именно здесь возникает первый дуализм влечений и формируется первый опыт амбивалентности од-

[1] *Кляйн М., Айзекс С., Райверн Дж., Хайман П.* Развитие в психоанализе. М.: Академический проект, 2001. С. 512.

[8] И это хорошо известно не только специалистам, но и внимательным мамам, особенно — все более редким — многодетным.

новременно с первым опытом объектных отношений (можно было бы этого не делать, но напомню, что первый опыт — самый важный и нередко является прототипом всех последующих). При этом объект исходно наделяется «фантазматической» властью: «хорошая грудь — ублажает», «плохая грудь — наказывает». Таким образом, грудь становится одновременно и первым расщепленным объектом. В последующем аналогичные реакции возникают и на целостный объект — мать как субъект (а возможно, и все последующие объекты привязанности).

В процессе нормального развития ребенка и в результате адекватного преодоления этой фазы формируется целостный образ матери (как прообраз всех других целостных объектов). Но даже при нормальном преодолении эта утрата (груди) может в течение какого-то времени проецироваться на реальных или даже фантазийных братьев и сестер (особенно младших), воспринимаемых в качестве потенциальных «агрессоров» и «захватчиков» утраченного объекта, что, естественно, вызывает «ответное» чувство агрессии к ним. При абнормальном протекании этой фазы все упомянутые чувства, соответственно, трансформируются в патологические, обусловливая все последующие отношения с окружающими, как родительскими, так и братско-сестринскими фигурами (нередко — на протяжении всей жизни). Таким образом, здесь мы еще раз возвращаемся к уже многократно транслированной мной идее Гохе (1912), что этиологические факторы в психиатрии, внешние или внутренние, являются только побуждающими; они приводят в действие уже имеющиеся механизмы, возможно, связанные с конституциональными и онтогенетическими особенностями конкретного пациента, а возможно, присутствующие в любой психике[1].

[1] См.: *Решетников М. М.* Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии. С. 206-220 данного издания.

Депрессивные пациенты, в рамках этих двух гипотез, не смогли пройти или не имели нормальных условий для прохождения депрессивной позиции, и в результате, при возникновении любых неблагоприятных или провоцирующих условий, как отмечает Кляйн, «младенческая депрессивная позиция реактивируется в полную силу».

## ГАРРИ САЛЛИВАН

Говоря о хорошей и плохой матери, мы не можем обойти вниманием Гарри Салливана и его интерперсональный подход. Здесь очень много «пересечений» идей, но именно на пересечении чаще всего и возникает их обогащение.

Возникновение интерперсонального психоанализа[1] обычно датируется началом 20-х годов XX века, когда американский психоаналитик Гарри Салливан впервые занялся лечением пациентов, страдавших шизофренией. Это не случайное упоминание, так как в депрессивном и шизофреническом процессах есть кое-что общее. Как известно, одной из наиболее характерных особенностей последнего является то, что у пациента как бы «отключаются» обычные каналы общения с окружающими и, наряду с тем или иным дефектом мыслительных функций, он замыкается в своем собственном мире. Однако, в отличие от аффективных расстройств при шизофрении, мы всегда имеем дело со специфическим расщеплением психических процессов и утратой функциональной связи между мышлением, эмоциями и поведением, дополняе-

---

[1] Более подробно об этом см.: *Решетников М. М.* Интерперсональный психоанализ Гарри Салливана // Психоаналитический вестник, № 1'1999. С. 38–52. В основу этой статьи лег материал книг: *Салливан Г.* Интерперсональная теория в психиатрии. М. — СПб., 1999; *Fine R.* The History of Psychoanalysis. Continuum, New York, 1990. P. 101-103, 418-419, 596-597, 604-607; *Witchell S., Black M.* Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalytic Thought. Basic Books, New York, 1995. P. 60-84, 259.

мыми склонностью к погружению в мир личных переживаний и фантазий (аутизму) и одновременному проявлению противоречивых чувств, например, любви и ненависти (амбивалентности) или, наоборот, эмоциональной тупости. Ключевое отличие шизофрении состоит в утрате критического восприятия действительности. При депрессии критическое восприятие действительности сохранено, но всегда присутствует некритическое восприятие собственной личности. Образно говоря, шизофрения обращена вовне, а депрессия — на себя.

Фактически, Салливан был первым, кто начал применять психотерапию у психотиков, и большинство современников отмечали его особый талант в установлении контакта с этой категорией пациентов и в понимании их мышления, а также — его терпеливость, способность к сопереживанию и наблюдательность. Последние качества, безусловно, достойны подражания и применимы к любой форме патологии, включая депрессии.

### Межличностный контекст

На основании своих клинических наблюдений Салливан постепенно пришел к убеждению, что для понимания психопатологии недостаточно сосредоточить все внимание на самом индивиде (как это предполагалось в получавшем все большее распространение персоноцентрическом подходе, пришедшем на смену нозоцентрическому). Здесь Салливан делает ряд революционных для того периода развития психиатрии и психотерапии выводов, в частности: люди неотделимы от своего окружения; личность формируется только в рамках межличностного общения; личность и характер находятся не «внутри» человека, а проявляются только в отношениях с другими людьми, при этом — с разными людьми по-разному. Затем Салливан конкретизирует, что сама личность — это «сравнительно прочный стереотип повторяющихся меж-

личностных ситуаций, которые и являются особенностью ее жизни», и что «личность проявляется исключительно в ситуациях межличностного общения».

В целом, это было новым подходом к исследованию личности, к психопатологии и психоанализу. Особо следует отметить, что Салливан дополнил ранее доминирующую в психоанализе концепцию, которая апеллировала преимущественно к внутренним переживаниям индивида, так как эта концепция отчасти игнорировала предшествующие и актуальные отношения и, таким образом, заведомо рассматривала объект исследования вне соответствующего ему исторического и социального контекста.

Салливан также формулирует гипотезу, что человеческое поведение и мышление вряд ли заключено «внутри» индивида и, скорее, генерируется в процессе межличностного общения с другими индивидами. Личность формируется не вообще, а с учетом исходной специфики ее «ниши» в межличностном общении (прежде всего — общении с родителями), поэтому в процессе сколько-нибудь серьезного исследования любого пациента нельзя не учитывать историю и специфику этих межличностных контактов.

Хотя Салливан начинал с исследования людей, страдающих шизофренией, он постепенно пришел к убеждению, что и более легкие формы психопатологии также могут являться «производными» от межличностного контекста, и поэтому попытки разобраться в них, игнорируя это обстоятельство, обречены на неудачу.

## Страх и потребность в слиянии

Исследуя межличностные процессы, Салливан выдвинул гипотезу, что решающим фактором в формировании отношений и чувств индивида является страх. В частности, он высказал предположение, что некоторые

симптомы, на первый взгляд кажущиеся весьма значимыми, на самом деле лишь помогают пациенту отвлечься от страха или являются его индивидуальным способом управления чувством страха. В последующем Салливан разработал теорию, согласно которой страх является основным патологическим фактором в процессе формирования страдающей личности и регуляции специфических видов ее общения с окружающими.

Согласно Салливану, психологическое состояние новорожденного всегда балансирует между относительным комфортом и напряжением, связанным с удовлетворением его потребностей. При этом состояния напряжения, периодически возникающие у новорожденного, не представляют серьезной проблемы до тех пор, пока младенец ощущает присутствие человека, более или менее адекватно заботящегося о нем. Таким образом, младенец нуждается в заботе не вообще, а в заботе, соответствующей его потребностям: в пище, тепле, безопасности, в игре и поощрении; то есть — он нуждается в соответствующей ответной реакции, способствующей снижению напряжения, и именно — со стороны человека, заботящегося о нем.

Салливан называет эти потребности *стремлением к слиянию,* поскольку, применительно к ребенку, они, по существу, рассчитаны на взаимное удовлетворение обеих сторон и телесный контакт. Самым первым и самым ярким примером такой реализации стремления к слиянию является кормление грудью: младенец голоден — и нуждается в пище; грудь наполнена молоком — и нуждается в опорожнении. Мать и младенец сливаются в обоюдном акте, приносящем удовлетворение обеим сторонам. Уже здесь присутствуют элементы более поздней психоаналитической концепции «мы».

Салливан полагал, что именно *потребность в удовлетворении* подталкивает индивида к общению с окружающими не только в младенчестве, но и в течение всей жиз-

ни. Разнообразные потребности взрослого человека всегда направлены на стимуляцию соответствующих ответных потребностей окружающих. И при наличии достаточного терпения и толерантности, самые разные эмоциональные, физические и сексуальные потребности могут удовлетворяться в рамках взаимовыгодных отношений с другими людьми. К этой же категории можно отнести отношения гомосексуалов, «кооперацию» садистически и мазохистически ориентированных супругов и другие — нередко кажущиеся необычными — варианты взаимовыгодных отношений.

### Боязнь и страх

Салливан дифференцировал понятия, вынесенные в данный подзаголовок. Например, растущее чувство голода или иное напряжение, на которое не реагируют адекватной заботой, вызывает у ребенка боязнь. При этом боязнь реализуется как стремление к слиянию и выражается в плаче и криках, призванных привлечь внимание человека, заботящегося о ребенке, добиться необходимого ему варианта общения, которое успокоит младенца и решит его проблемы. В отличие от боязни, страх не имеет конкретного адресата и внутренних причин, и таким образом не является реакцией на растущее напряжение. Страх, по Салливану, провоцируют окружающие.

Известно, что чувства заразительны. Напуганный человек пугает других людей; сексуально возбужденный вызывает у окружающих аналогичные ощущения и т. д. Салливан полагал, что младенец отличается особенной отзывчивостью к чувствам и состоянию других людей. Более того — его собственное психологическое состояние во многом определяется настроением значимых для него окружающих. Салливан назвал процесс воздействия психологического состояния взрослого на младенца, о котором этот взрослый заботится, *эмпатической связью*.

Если человек, заботящийся о ребенке, чувствует себя спокойно и уверенно, состояние младенца балансирует между эйфорическим покоем и временным напряжением, обусловленным возникающими потребностями, которые более или менее адекватно удовлетворяются. Однако если у человека, заботящегося о ребенке, возникает страх, то это переживается последним как необъяснимое напряжение, причины которого неизвестны, необъяснимы и следовательно не могут быть удовлетворены (ни заботой, ни кормлением и т. д.). В отличие от потребности в удовлетворении, напряжение, вызванное страхом, не может быть интерпретировано как стремление к слиянию, поскольку потенциальный гарант безопасности и является источником появления страха.

Поясним эту идею. Например, человек (чаще — мать), заботящийся о ребенке, может волноваться по поводу обстоятельств, не имеющих никакого отношения к ребенку. Младенец воспринимает ее тревогу и ощущает ее как напряжение, требующее разрядки. Он плачет, реагируя на это напряжение привычным образом, и, таким образом, казалось бы, моделирует потребность в каком-то удовлетворении. Взрослый человек приближается к ребенку, надеясь его успокоить. Однако, приближаясь к ребенку, он тем самым приближает к нему источник страха. Скорее всего, в данной ситуации взрослый человек начинает испытывать даже больший страх, поскольку его тревожит состояние ребенка. Чем ближе к ребенку подобный человек, тем больший страх охватывает ребенка. Если взрослый человек, заботящийся о младенце, не находит способа избавить себя и ребенка от страха, ребенок будет чувствовать, что напряжение растет, словно снежный ком, без всякой надежды на разрядку.

Согласно Салливану, при длительном воздействии такого «наведенного» страха он может приобретать черты кошмара. При этом страх не только оказывает уже упо-

мянутое фрустрирующее влияние, но провоцирует неосознанное стремление к избеганию и разъединению, искажая потребности ребенка в удовлетворении (например, в форме отказа от груди). Испуганный младенец не может нормально питаться, спать и успокаиваться в присутствии продуцирующего страх родителя. В зрелом возрасте этот страх препятствует нормальному мышлению, общению, обучению, сексуальной жизни, эмоциональной близости и т. д. Салливан полагал, что страх разъединяет некие звенья в цепи комплексного развития, вносит дисгармонию во взаимную межличностную и социальную регуляцию.

### Хорошая и плохая мать

Страх заметно отличается от иных состояний, поэтому Салливан считал, что первоначально ребенок разделяет мир не на свет и тьму, отца и мать, а на состояния страха и его отсутствия. Коль скоро человек, заботящийся о ребенке, является первым источником его страха, Салливан именует первое состояние — переживанием «хорошей матери» (состояние отсутствия страха), а второе — переживанием «плохой матери» (состояние страха). Таким образом, термином «плохая мать» могут характеризоваться переживания ребенка не только в отношениях с биологической матерью, но и с самыми разными людьми, внушающими страх (включая аналитика). Переживания, связанные с общением с людьми, которые не внушали ребенку страх (и, следовательно, могли адекватно и эффективно реагировать на его потребности в удовлетворении), обобщаются понятием «хорошая мать». Очень важно подчеркнуть, что если один и тот же человек то вызывает страх, то внушает чувство безопасности, ребенок, по существу, воспринимает это лицо как двух разных людей. Этот вывод Салливана представляется чрезвычайно важным, так как здесь, фактически, вводит-

ся еще одно представление об истоках будущей амбивалентности.

Характерно, что тревожная мать, даже в условиях сверхопеки младенца, персонифицируется как «плохая», ибо постоянно провоцирует тревогу. В более широком смысле, по Салливану, *персонификация* — это индивидуально обусловленный образ восприятия самого себя или другого, формирующийся на основе удовлетворения потребностей.

## Управление матерью

Салливан выдвинул предположение, что первоначально младенец переживает свое психическое состояние пассивно и не может регулировать влияние «хорошей матери» или «плохой матери». Однако постепенно младенец учится контролировать свое состояние. Он замечает, что способен заранее определять приближение «хорошей матери» и «плохой матери». Выражение лица, интонация и многое другое служат для ребенка лакмусовой бумажкой, позволяющей ему точно определить, способен ли человек, в руках которого он находится, адекватно удовлетворить его потребности, или же младенец отдан на милость человека, готового ввергнуть его в «пучину бесконечного стресса».

Второй, решающий этап в развитии ребенка — понимание того, что состояние «хорошей матери» или «плохой матери» может зависеть от него. Младенец с удивлением обнаруживает, что одни его формы поведения вызывают страх у людей, заботящихся о нем, тогда как другие — успокаивают их и вызывают у них одобрительную реакцию. Разумеется, в данной формулировке описание постепенного развития этого процесса выглядит недостаточно убедительно. Однако следует отметить, что Салливан придавал ему очень важное значение и определял его как поступательное «формирование взаимосвязей».

Как мне представляется, эти малоизвестные подходы существенно дополняют разработки К. Абрахама и М. Кляйн, и содержат много идей, важных как для понимания депрессивной патологии, так и для психотерапевтического взаимодействия с пациентом.

## ЭДВАРД БИБРИНГ

Э. Бибринг[1] считал, что оральные и агрессивные импульсы не настолько универсальны, чтобы создать «универсальную» психоаналитическую теорию депрессий, и нуждаются в модификации. Он соглашается с Фрейдом, что тревожность — это аффективное состояние, которое может переживаться только в Эго, и таким образом, депрессия — это преимущественно феномен Эго, который Бибринг определяет как «состояние беспомощности Эго». Хотя в другом случае автор пишет, что глубинные нарциссические конфликты, как правило, «разыгрываются» между Эго и Супер-эго. Во многом его представления находятся на стыке эго-психологии и бихевиоральных подходов. Он пишет: «Частые фрустрации оральных потребностей младенца могут сначала мобилизовать тревожность и гнев. Однако если фрустрация продолжается, невзирая на производимые младенцем сигналы, гнев замещается чувством истощения, беспомощности и депрессии. Это раннее самопереживание беспомощности инфантильного Эго и недостатка сил для обеспечения поддержания жизни, возможно, является самым частым фактором, предрасполагающим к депрессии». И далее: «...Акцент стоит не на оральной фрустрации и последующей оральной фиксации, а на шоковом переживании чувства беспомощности и фиксации на этом чувстве у младенца или маленького ребенка». В отличие от Фрей-

[1] *Rapoport D.* Edward Bibring’s Theory of Depression //Essential Papers on Depresssion. International Universities Press, New York, 1985. P. 64-82.

да, Бибринг существенно расширяет перечень причин депрессии, по сути — апеллируя к тем ее формам, которые мы бы назвали ситуационными, в частности, он пишет: «Причины, приводящие к меланхолии, по большей части простираются за пределы явного случая утраты... и включают в себя все ситуации обиды, пренебрежения, нелюбви и разочарования...». Согласно Бибрингу, неудовлетворенность нарциссического стремления быть любимым и быть любящим играет решающую роль в развитии депрессии, а общим для всех типов депрессий является «утрата самооценки». Характерным отличием легких депрессий от тяжелых Бибринг считает отсутствие «конфликта вины» или его «недоминирующее» проявление.

## МАРГАРЕТ МАЛЕР

Маргарет Малер[1] и ее сотрудники обнаружили «безошибочные доказательства, что базисное настроение... устанавливается в процессе сепарации-индивидуации»; они рассматривают депрессивный аффект, как вариант «склонности к базисному настроению», отмечая также, что на либидинальную отзывчивость особенно сильно влияет характер и эмоциональный фон «диалога» с матерью. При обсуждении следующей фазы («раппрошман») Малер доказывает, что недостаток приятия и «эмоционального понимания» со стороны матери закономерно приводит к снижению самооценки ребенка, фрустрации (с последующей недифференцированной яростью), амбивалентности и повторяющемуся «агрессивному принуждению родителей» (к взаимодействию), конечным результатом чего, как правило, становятся обращение агрессии

[1] *Mahler M. S.* Notes on the Development of Basic Moods: the Depressive Affect in Psychoanalysis; in Psychoanalysis and General Psychology // Ed. R. M. Loewenstein, L.M. Newman, M. Schur, A. J. Solmit. International Universities Press, New York. P. 152-168.

на себя и «чувство беспомощности, которое... создает базисный депрессивный аффект». Безусловно, что в подобных случаях («плохой матери») у этого конфликта имеются и «довербальные предшественники».

## ПЕТЕР КУТТЕР

Петер Куттер[1], соглашаясь с другими авторами, отмечает, что спецификой депрессивного процесса является то, что обширная часть личности как бы пропадает (в первую очередь Я), а другая часть (Супер-эго) трансформируется в угрожающую и бесконечно атакующую инстанцию, подчиняя себе Я и даже поглощая его. При этом Эго может полностью капитулировать, или же возникает специфический процесс, когда то одна, то другая сторона (Эго или Супер-эго) временно берет верх. В терапии, особенно когда удается хоть чуть-чуть укрепить Эго, мы часто сталкиваемся с этими «качелями» и всегда должны быть готовы к тому, что наша радость терапевтической победы долго будет оставаться временной.

Перенос формируется в исходно осложненных условиях, и очень часто аналитик практически полностью идентифицируется с утраченным объектом. Как только перенос начинает действовать, пациент будет стараться как можно меньше не только взаимодействовать, но даже контактировать с терапевтом — этим эквивалентом угрожающего, наказующего, преследующего и причиняющего страдания объекта. Опоздания, отмены сессий, обвинения терапевта в бесчувственности и непонимании, а также попытки ухода из терапии присутствуют в ней с самого начала (и являются, по сути, неотъемлемой частью работы с депрессивными пациентами).

---

[1] *Куттер П.* Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательного. СПб.: БСК, 1997. С. 351.

## ЕЩЕ ДВЕ ПРИМИТИВНЫЕ СХЕМЫ

Как приходилось не раз убеждаться, психодинамика депрессий очень сложна для восприятия, и ниже будет предпринята попытка еще раз максимально упростить и предельно схематизировать этот процесс — так, как я это делаю на лекциях для студентов.

### «Клеточная» структура

Мы знаем, что Оно — неструктурировано, бесформенно, является представительством сферы инстинктов (большей частью — асоциальных), в нем нет причинно-следственных отношений, понятий пространства и времени (все «существует» в неопределенном времени) и его деятельность подчинена только одному принципу — удовольствия (и удовлетворения потребностей, «несмотря ни на что!»). Оно контактирует с реальностью только через Я, которое в отношении Оно является своеобразной «оболочкой».

Основной функцией Я, которая развивается из Оно (при «катализе» родительской любовью), является тестирование реальности и взаимодействие с реальностью. Я социализирует (в том числе сублимирует) требования Оно и делает их приемлемыми для личности и ее Сверх-Я.

Сверх-Я развивается частично из Я, а частично — путем интроекции родительских и других социальных запретов, моральных норм и установок.

То есть, в норме, мы могли бы представить эту гипотетическую структуру личности в виде «клетки», где в центре находится «ядро» — Оно, окруженное «оболочкой» Я (и внутри этой оболочки есть какое-то «содержимое» — содержание Я), а поверх этой оболочки — еще одна «оболочка» Сверх-Я со своим «содержимым» (содержанием Сверх-Я).

Если Я было исходно «сломано» в детстве или даже просто «надломлено», то, во-первых, в нем нет «содер-

жимого», а если оно даже было, это содержимое (содержание Я) «растеклось» под «оболочкой» Сверх-Я и смешалось с содержанием последнего (которое является более «вязким» и более мощным, в любом случае — у нормально социализированной личности — доминирующим).

Что происходит? Так как Я фактически отсутствует (или присутствует кое-где в виде фрагментов, при этом Я все равно оказывается «опустошенным»), то Оно напрямую контактирует со Сверх-Я, которое не принимает и жестко осуждает потребности Оно, диктуемые принципом удовольствия и никак не соотносимые с реальностью (так как они не трансформированы — с помощью Я — даже в сколько-нибудь социально-приемлемые формы).

Во-вторых, так как Я было «сломано» в раннем детстве, то из него не могло развиться нормальное собственное Сверх-Я (у большинства из нас — всегда более «покладистое», чем его социальный прототип), поэтому единственная «наружная оболочка» представлена почти полностью родительскими запретами (и оценками) и самыми жесткими вариантами моральных норм и социальных установок (то есть Сверх-Я вынуждено в определенной степени искусственно и насильствено идентифицировать Я и Оно — именно поэтому пациенты бесконечно обвиняют себя во всех смертных грехах, к большей части которых они никогда не имели отношения: при таком-то Сверх-Я! — это просто невозможно!).

В итоге фрагментарное Я (не имеющее собственного содержания) не просто мечется, а «зажато» между властными побуждениями (стремлением к удовольствию) Оно и не менее жестокими требованиями сверхморалитета Сверх-Я (и ему, этому Я, не до общения с внешним миром). Это Я опустошено и ожесточено, весь его запрос к внешнему миру большей частью обусловлен потребностью любви, любви безбрежной, такой, как ему представ-

ляется и которая вряд ли возможна — как в терапии, так и вне ее). А значит, исходно терапия должна строиться на восстановлении (или даже воссоздании) адекватного Я пациента, способного к адекватному тестированию реальности и адекватной оценке того, что можно получить от этой реальности (одновременно с постоянством усилий терапевта по интроекции его [терапевтического] Сверх-Я взамен «извращенно-жесткого» родительского).

## Структура «с бельмом»

Поскольку функция тестирования реальности и установление отношений с ней относится к Я, то только Я открыто для восприятия реальности. И тогда мы могли бы представить личность не в форме клетки, а в форме глаза, где есть внутренние оболочки и содержание, но адекватное восприятие внешнего мира возможно только при наличии здоровой роговицы и зрачка. То есть именно роговица и зрачок и манифестируют собой Я в этой схеме. Если роговица и зрачок не были развиты нормально, или там есть спайки, или образовалось бельмо, то мир воспринимается преимущественно как «черный» или как «черно-белый», в нем нет «полутонов» и красок, и личность не может адекватно ориентироваться в социуме и своем движении в нем или может, но очень медленно, «на ощупь», постоянно рискуя пораниться, и чем больше «скорость» перемещения личности в социуме (по «вертикали» или «горизонтали»), тем больше вероятность новых травм. Запреты Сверх-Я в этой схеме дополняются жестокостью интроецированных (родительских — черно-белых) идей или такой же жестокостью более позднего осознания своего состояния «слепца»: «Ты не такой, как все, и никогда не будешь таким, как все, ты никогда не сможешь конкурировать с кем-либо, ты заранее обречен на проигрыш и т. д.» И здесь мы снова возвращаемся к главной задаче терапии: восстановить функцию тестирования и адекватного видения реальности — функцию Я.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ КОЛЛИЗИИ

Динамическая теория депрессии имеет свою историю, и весьма интересную, как я недавно обнаружил, благодаря работе Ульрики Мэй[1]. Как установила автор, несмотря на постоянные усилия Фрейда (начиная с 1890 года) разработать теорию депрессии, именно Абрахам первым преуспел в этом, при этом — за несколько лет до публикации статьи Фрейда «Скорбь и меланхолия». Впервые новые подходы к отношениям «мать-сын» формулируются Абрахамом еще в 1911 году в статье «Джованни Сегантини. Психоаналитическое исследование», основной темой которой является понятие «плохой матери»[2] и вытесненная ненависть к матери, как главный патогенный фактор в этиологии депрессии. Ранние разработки Фрейда (1890 года) включали лишь несколько строк, где он отмечал, что меланхолия развивается вследствие психических факторов. В знаменитой рукописи об Эдипе (1897) Фрейд предполагает, что меланхолия возникает в результате вытеснения желания смерти, направленного на родителя того же пола (возникающего как следствие эдипальной ревности). Одновременно с этим Фрейд формулирует «соматическую гипотезу депрессии», так как последняя «приходит и уходит» с автономной регулярностью, чего не должно было бы быть в результате психогении.

Я думаю, что было бы неверно не прислушаться к этому тезису и не учитывать соматический компонент депрессий, одновременно с этим я еще раз повторю, не забывая и о психосоматических отношениях, и о более поздних представлениях, что психическая деятельность

---

1 *May U.* Abraham’s Discovery of the «Bad Mother». A contribution to the History of Depression. Int. J. Psychoanal. 2001. 82, 283.

2 Сформулированное намного раньше Фрейда, Кляйн и Салливана.

также имеет свою автономную периодичность, включая периоды творческого подъема, спада и... депрессий. Эта автономность (в рамках психосоматических отношений) может быть связана с сезонным колебанием уровня половых гормонов, на роль которых в переписке с Фрейдом указывал Флисс, а также с уже упомянутыми выше генетическими факторами, значение которых в этиологии депрессий обсуждалось в переписке Фрейда и Бинсвангера в 1909 году. В 1911 году выходит книга Штекеля «Неврозы...», где он также приводит описание случаев терапии двух депрессивных пациентов и утверждает, что в их основе лежали неразрешимые конфликты, касающиеся «мотивов любви». За год до этого, в 1910 году, в венских психоаналитических кругах состоялась серьезная и протяженная дискуссия «О студенческом суициде», где Штекелем в качестве одной из причин суицида было выдвинуто чувство вины вследствие желания смерти другому человеку: «Себя не убивает тот, кто не хочет убить другого или, по крайней мере, не желает смерти другому». В 1911 году выходит уже упомянутая работа Абрахама «Джованни Сегантини...», а в сентябре 1911 на III Международном Психоаналитическом Конгрессе Абрахам делает доклад «Психосексуальное основание состояний депрессии и экзальтации», который был опубликован в 1912 году под названием «Заметки о психоаналитическом исследовании и лечении маниакально-депрессивного заболевания и подобных состояний». Эти публикации рассматриваются как первый вклад Абрахама в теорию и терапию депрессий. Примечательно, что Абрахам использует в этих работах для определения патогенной матери не только термин «плохая», но — с равной значимостью — «злая» и «грешная».

Что существенно нового в подходе Абрахама и где он самым серьезным образом расходится с Фрейдом? Безусловно новой была гипотеза о ненависти к матери, так как в

тот период времени Фрейд (в рамках постулированного им позитивного Эдипова комплекса) предполагал, что желания сына, направленные на мать, имеют преимущественно либидинальную природу и нежно-эротически окрашены (тревожность, враждебность, вина и желание смерти, опять же — в рамках ранней психоаналитической концепции — допускались лишь в отношении сиблингов или отца). Даже в исследовании о Леонардо да Винчи (1910), которого мать оставила в раннем возрасте, Фрейд и гипотетически не упоминает о возможном чувстве разочарования или обиды. Ранний Фрейд вообще предпочитал объяснения, не апеллирующие к индивидуальному опыту: «отсутствие пениса» и, как следствие, «зависть к пенису» — были для него объективным фактором, а «плохая мать» — нет. И даже в работе «Особый тип объектного выбора у мужчин» (1910), где анализируются ситуации, когда сын обнаруживает «неверность» матери, наслаждающейся сексуальными отношениями с отцом[1], Фрейд пишет лишь о возможном моральном осуждении матери/женщины как «шлюхи». Мать обесценивается, но эта черта все равно делает ее привлекательной: здесь нет и намека на ненависть. Абрахам, напротив, возводит чувство разочарования в матери или в материнской любви в ранг самостоятельного патогенного фактора. Безусловно, Фрейд идеализировал отношения с матерью и даже не пытался анализировать возможные «коллизии» раннего развития, оставаясь заложником своих индивидуальных ощущений и воспоминаний.

В начале 1911 года Альфред Адлер представил на обсуждение свою статью, где писал об агрессии и ненависти к матери, отрицая значимость либидо и, таким образом,

[1] Что, по Фрейду, во взрослом состоянии может приводить к избирательной любви к женщинам «с плохой сексуальной репутацией» или — желательно — принадлежащим другим мужчинам.

входя в серьезные противоречия с Фрейдом. Первичным фактором, по мнению Адлера, является не любовь, а именно ненависть, при этом избыток любви к матери и возвеличивание материнства рассматривались как гипер-компенсация первичной ненависти. Некоторые историографы психоанализа считают, что именно это обсуждение и повлекло исключение Адлера из Венского общества. Ульрика Мэй предполагает, что и разрыв с Юнгом имел ту же причину, а именно — он ознаменовался публикацией книги «Символы трансформации»[1] (1911-1912), где мифологемы «ужасной матери» или «страшной матери» встречались неоднократно. Таким образом, Абрахам был не одинок в своей идее «плохой матери», но в отличие от других «отступников» он каким-то образом сумел удержаться в рамках теории и ближайшего окружения Фрейда, соглашаясь с последним (в отличие от Адлера и Юнга), что и садизм, и ненависть — это «компоненты либидо». В заключение этого краткого примечания отметим, что, посвящая свою первую книгу своему аналитику Карлу Абрахаму, Мелани Кляйн пишет, что именно он был связующим звеном между ней и Фрейдом. И хотя концепцию «хорошей/плохой матери» обычно соотносят с именем Мелани Кляйн[2], мы, безусловно, должны воздать здесь должное Карлу Абрахаму.

---

[1] В России эта книга вышла под следующим названием: *Юнг К.* Либидо, его метаморфозы и символы. СПб.: ВЕИП, 1994. Разделы «Символы матери и возрождения» и «Борьба за освобождение от матери» см. на с. 213-305.

[2] См., например: *Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу. М.: Высшая школа, 1996. С. 564-565.

## Глава 6

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

В этом разделе я буду апеллировать к опыту и публикациям моих книг, а также к собственным данным, полученным в процессе терапии 13 случаев депрессии, протяженность которых составляла от 2 месяцев до 8 лет. В двух случаях терапия была безуспешной (как мне сейчас представляется, в результате недооценки мной исходных противопоказаний к ней — см. раздел «Противопоказания») и еще в двух — прервана пациентами, вероятно, вследствие допущенных мной ошибок. В отношении остальных 9 случаев я могу признать, что было достигнуто улучшение или значительное улучшение, позволяющее пациентам обходиться без терапевта и фармакологической поддержки.

Первым этапом, как и во всех других случаях, является установление терапевтического альянса. До формирования переноса терапевту целесообразно просто слушать и сочувствовать точке зрения пациента. Возможно, самой распространенной ошибкой членов семьи и даже специалистов является попытка утешить пациента, фокусируясь на позитивных аспектах. Но комментарии типа: «У вас нет серьезных причин для депрессии» или «Я уверен, что это скоро пройдет» — обречены на провал. Эти «ободряющие» комментарии воспринимаются депрессивными пациентами как существенный недостаток эмпатии и даже обычного человеческого понимания, что только усиливает у них ощущение одиночества и депрессии.

Напротив, лучше исходить из их реальности, понять и донести это понимание до пациента, что у него, вероятно, есть какие-то особые основания для депрессии, даже если они пока не известны терапевту (и пациенту). Очень важно в этой ситуации не столько бороться за чистоту метода и нейтральность, сколько выразить свое сочувствие (даже если оно не будет принято) и предложить пациенту совместное исследование причин его страдания. То есть вначале целесообразно ориентироваться на поддерживающий подход, не предполагающий каких-либо интерпретаций. Преждевременные интерпретации, даже если они верные, будут восприниматься и переживаться пациентом как неэмпатичные и неудачные. Максимально эффективным и для этого этапа, и для всей последующей терапии было бы сосредоточиться на слушании и попытке понять не столько причины, сколько сложившиеся у пациента представления и взгляд пациента на его страдание.

В процессе этапа слушания терапевт должен пытаться найти (вначале для себя, а не для пациента) объясняющую формулировку (психодинамический контекст) конкретного случая депрессии. То есть — ответить (для себя) на ряд вопросов. Перечислим основные. Какие нарциссически ценные ожидания пациент не смог реализовать (начиная с самого раннего детства)? Кто для него доминантный другой, ради которого он живет, в котором нуждается и от которого не получает желаемого отклика? Существует ли вина, связанная с подавленной агрессией, и если так, на кого направлены его гнев и отчаяние и к кому он обращается за любовью? А также — какие актуальные события предшествовали депрессии (и как они могут быть связаны с событиями раннего детства, патологическими паттернами чувств и поведения)?

Как правило, за время, пока терапевт вникает в неповторимую историю развития и жизни конкретного па-

циента, а также формулирует предварительную гипотезу о психодинамическом основании случая депрессии, у пациента (если терапевт не допускает ошибок) формируется трансфер. То есть терапевт становится «доминантным третьим», помимо «доминантного другого», существующего в жизни или только в представлениях пациента.

Многие из проблем первичных отношений пациента к этому «доминантному другому» будут проявляться и в трансфере. Специфично, что построение терапевтического альянса, как правило, требует, чтобы терапевт соответствовал определенным ожиданиям пациента (отчасти — даже моделировал этого «нехорошего» «доминантного другого»), что на первом этапе способствует повторению (и даже обострению) патологии пациента в терапевтических отношениях. Когда терапевт уже обладает достаточной суммой знаний о пациенте и психодинамических основаниях депрессии, он может переходить к более экспрессивному подходу и предпринять первую попытку интерпретировать для пациента паттерн этого доминантного другого, который вызывает так много боли. Задача этих (обычно — косвенных) интерпретаций состоит в том, чтобы пациент смог прийти к сознательному пониманию того, что его депрессия имеет межличностный контекст, что все его поведение и состояние так или иначе апеллирует к конкретному «другому», для которого он живет, и фактически — пока не знает, как жить для самого себя. Он всегда прислушивался к этому «другому» (в реальных отношениях и в себе) и практически никогда — к себе; в ситуациях большой аффективной значимости (почти всегда связанных с «другим» или его эквивалентами) он никогда не мог себя утвердить. Он оценивал себя обычно с точки зрения «доминантного другого», и оценивал не всегда верно. Он постоянно заботился лишь о получении одобрения, любви, восхищения или хотя бы

заботы и внимания от этого «доминантного другого». Осознание этих интерпретаций приходит не сразу, но когда оно станет реальным, обычно проявляется мощный гнев на «доминантного другого» (и «третьего», каковым становится терапевт — тоже, так что уже здесь возникает опасность прерывания терапии по инициативе пациента).

После проработки этого гнева и принятия пациентом содержания этой «извращенной доминантной идеологии» задача терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту попытаться найти и рассмотреть новые способы существования (без «доминантного объекта», что чаще всего вначале принимается как невозможное). Тем не менее, следует очень деликатно, но настойчиво предлагать (опять же — преимущественно косвенно) пересмотреть идеализированные ожидания пациента таким образом, чтобы их можно было реализовать, или хотя бы принять сложившиеся межличностные отношения с объектом в том виде, как они существуют в реальности, а может быть — даже дистанцироваться от них или заменить их другими. Я еще раз подчеркну — все эти попытки предпринимаются только косвенно. Если терапевт говорит пациенту, что и как ему следует делать, это будет лишь еще раз способствовать его низкой самооценке (так как доминантный другой чаще всего поступал именно так), усилению трансферентного невроза и неэффективности терапии. Любой запрос пациента на решение его проблем целесообразно возвращать ему же, так как только он владеет всей информацией и только ему принадлежит право решения той или иной ситуации, а также — выбор способа ее разрешения.

Я еще раз повторю, что основным для психодинамического подхода к случаям депрессии является установление, воссоздание и доведение до сознания пациента межличностного смысла и глубинного содержания депрессии. К нашему сожалению, пациенты обычно актив-

но и долго сопротивляются этому и нередко предпочитают считать, что их депрессия существует как бы «в вакууме» или только в них самих, и никого, кроме их самих, винить здесь нельзя. К еще большему сожалению, когда наконец эта вина «доминантного другого» объективизируется для пациента, она тут же проецируется и на «доминантного третьего» — терапевта, который становится самым приемлемым и доступным объектом для отмщения, унижения и даже оскорбления. Это вначале нужно принимать (ни в коем случае не становясь в позу обиженного или оскорбленного — терапевт не имеет на это права!), а затем — очень медленно и последовательно преодолевать. Возможные интерпретации здесь также должны быть предельно деликатными, чтобы не провоцировать новое чувство вины у пациента (у него этого «добра» и так — через край). Лучше принять часть вины на себя и одновременно стимулировать исследование проблемы. Например, в форме: «Я, вероятно, допустил какую-то оплошность или даже ошибку, что вызвало ваш гнев. Я пока не знаю —- какую, но пытаюсь понять. Может быть, Вы согласитесь помочь мне в этом. Тем не менее, я вижу, что сила ваших чувств очень велика. Может быть, они не все относятся ко мне, а связаны еще с кем-то или другими подобными ситуациями?»

Достаточно часто случаи терапии депрессий застревают именно на повторении характерного для таких пациентов паттерна объектных отношений, в основе которого обычно лежат мощные амбивалентные чувства — любви и ненависти, а также — неспособности воспринимать одно без другого. Как правило, для них любовь без ненависти — это не любовь. И терапевт должен быть готов в полной мере (в переносе) испытать на себе и первое, и второе. Немного забегая вперед, нужно отметить, что, по мере освобождения пациента от чувства вины, она будет так же проецироваться вовне, и так же — на терапев-

та, который будет попеременно оказываться то причиной очередных несчастий пациента, то источником его страданий. Межличностный контекст страдания всегда принимается с большим трудом, а объектный характер проблемы, даже когда ее содержание раскрыто (в многократных, желательно — косвенных интерпретациях) и даже принято пациентом, продолжает еще долго манифестироваться в его речи как исключительно внутриличностный. И на это нужно обращать внимание, в том числе самого пациента. Даже такая безобидная фраза пациента: «Как мне надоели мои проблемы!» — должна вызывать реакцию: «Разве мы уже не обсуждали то, что они не только ваши?» Перевод проблемы с внутриличностного уровня на межличностный — одна из важнейших задач.

Очень кратко о психофармакологии. В ситуациях, когда душевная боль нестерпима, нужно исходить из принципа, что прежде чем приступить к терапевтическому воздействию (по интенсивности боли иногда сравнимому с хирургическими манипуляциями), вначале нужно обезболить. Но категорически нужно относиться к распространенной точке зрения, что иногда и «просто обезболивания» может быть достаточно.

## СХЕМА ПСИХОДИНАМИКИ ДЕПРЕССИИ

Как можно было бы схематично описать психодинамику депрессии? Мне удалось сформулировать 16 позиций, из которых первые 8 можно было бы отнести к бессознательным, а последние — к осознаваемым, в частности:

А. *Бессознательные (формирующие механизмы депрессивного реагирования):*

1) утрата объекта любви;
2) формирование реакции на утрату объекта любви;
3) интроекция объекта любви и нарциссическая идентификация с ним;

4) нарушения дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
5) генерация агрессии, направленной на объект, но переадресованной на себя;
6) фрагментация и ослабление Эго, возможно — опустошение Эго;
7) утрата способности любить (других и себя) в сочетании с чувством вины;
8) переход функций интроецированного объекта из Эго в Супер-эго и трансформация последнего в карающую инстанцию.

Б. *Сознательные (запускаемые конкретной психотравмирующей ситуацией):*

9) появление ощущений, связанных с «беспричинной» душевной болью;
10) обобщенное обращение всех враждебных чувств (к объекту) на себя;
11) разрушение катексированного образа себя и своей идентичности;
12) углубление конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
13) формирование садистически-мазохистической установки и позиции;
14) развитие дефекта самооценки, не имеющей никаких внешних источников «подпитки»;
15) снижение общей энергичности личности;
16) вынужденный частичный или полный отказ от активной деятельности.

В процессе терапии депрессии можно обнаружить практически все компоненты ее психодинамики, но здесь нет четкой последовательности стадий, так как мы никогда не знаем, какая из патологических психодинамических структур будет реактивирована в процессе той или иной

сессии или даже той или иной части одной и той же сессии. Терапевту все время приходится быть в напряжении, чтобы избежать ошибочных решений, фраз или действий. Я могу признать, что мне не всегда это удавалось и удается. Но чем больше я знаю об этом, тем мне легче работать с такими пациентами.

В предыдущем абзаце я признал, что «здесь нет последовательных стадий», но, тем не менее, я попытаюсь выделить нечто общее и также весьма осторожно высказать гипотезу, что инволюция депрессивного процесса в терапии в чем-то повторяет (правда, в обратном порядке) последовательность нарушений развития нормальной психодинамики; в частности, я бы мог выделить такие стадии терапии:

1) вытеснение интроецированного объекта из Супер-эго и восстановление собственного Супер-эго пациента при поддержке Супер-эго терапевта;
2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции;
3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности;
4) восстановление более-менее объективной оценки себя и объекта, а также — способности (вначале потенциальной) полюбить других и себя, при одновременной редукции чувства вины и проецировании ее вовне (в том числе на терапевта),
5) переадресация агрессии на объект (и — временно — на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его;
6) «реинтроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки;
7) некоторое повышение общей энергичности личности;

8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;
9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;
10) обретение новых объектов любви и привязанностей.

## СОДЕРЖАНИЕ ТЕРАПИИ[1]

### Начальный период

Вначале мы встречаемся со всей гаммой типичных жалоб пациента, блестяще сформулированных Фрейдом, но всегда индивидуально окрашенных. Затем (очень медленно) пациент смещается к истокам травмы, но делает это как бы «вскользь», бессознательно отталкиваясь от нее и перемещая свое внимание на более поздние и менее травматичные события. Нередко первичная травма относится к эдипальному и даже доэдипальному периоду. Но ее природа и содержание, как правило, первично опознаются терапевтом на основе более поздних «болезненных повторений». Терапевтический процесс идет почти по ленинской формуле: «Шаг вперед — два шага назад». При наличии ранней психической травмы мы почти во всех случаях сталкиваемся не с одним каким-то утраченным объектом, а с целой серией утрат (родительского генеза, возлюбленных, друзей, подруг и т. д.), объединенных «единым сценарием». Наиболее частый вариант ведущего поведенческого паттерна: поиск замены утраченного в

[1] В этом разделе обобщаются как собственные наблюдения, так и данные других авторов, в частности, изложенные в монографиях: *Jacobson E.* Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions. International Universities Press, New York, 1971; Essential Papers on Depression, Ed. by J. C. Coyne. International Universities Press, New York, 1985; *Solomon A.* The Noonday Demon. An Anatomy of Depression. Vintage, London, 2002; *Wolberg L. R.* The Practice of Psychotherapy. Brunner/Mazel, New York, 1982 и некоторых других.

раннем детстве объекта. Этот новый объект или серия новых объектов (на какой-то период времени) кажутся пациенту блестящей заменой утраченному, и вызывают высочайшую интенсивность чувств. С закономерным последующим разочарованием и столь же закономерной утратой (отказом от) этого «эрзац-объекта». Каждый раз пациенты прилагали огромные усилия, чтобы избежать этой ситуации, но вне терапии это очень редко удается (множество утраченных дружб и привязанностей — характерная особенность до-терапевтического периода).

Далеко не сразу можно сделать попытку предложить пациенту найти нечто общее в этих ситуациях и болезненных повторениях. Как представляется, это лучше делать в форме вопроса: «Что-то есть общее в этих ситуациях. Я пока не знаю — что? Не могли бы Вы попытаться это найти?» В этом вопросе нет манипуляции, так как то общее, что найдет пациент, скорее всего, Вам даже не пришло бы в голову. Я, чем дальше, тем больше стараюсь не обобщать за пациента, а предоставлять ему это безусловное право.

Общим для содержания материала таких пациентов во многих случаях является никогда ранее не высказанная и не отреагированная боль, а также множество прямых и косвенных свидетельств «привычных» амбивалентных чувств в отношении близких людей, что в свою очередь приводит к постоянному ощущению вины и обмана (этих значимых близких). Далее, отсюда вытекает стремление к самонаказанию, и одновременно страх наказания со стороны любимого-ненавидимого объекта. Для этих ситуаций больше подходит определение даже не «наказание», а «возмездие». В результате — ив терапии, и в отношениях с терапевтом (в переносе) — мы постоянно сталкиваемся с ненавистью, конфликтующей с любовью. Но это позволено только пациенту, и этим его амбивалентным чувствам мы имеем право противопоставить только

бесконечное терпение, понимание, принятие и защиту. Все мои попытки конфронтации, в том числе — пациента с самим собой, — как правило, только отбрасывали нас назад.

Другой характерный компонент материала пациента обычно связан с периодом до манифестации депрессии. Как правило, этот материал демонстрирует попытки «бегства» от болезненных переживаний с множеством быстро сменяющихся вариантов «лихорадочной деятельности». Это может быть учеба или работа, развлечения или пьянство, карьера или секс и т. д. Но практически во всех случаях это может быть квалифицировано как вариант защиты гиперактивностью. Предъявляя этот материал, пациент, безусловно, рассчитывает на осуждение или поощрение. Мы же — только принимаем его, каковы бы ни были его содержательные характеристики и как бы они ни соотносились с общепринятыми нормами морали и нравственности.

Если депрессия острая, то есть следует сразу за реальной или фантазийной («внеочередной», но значимой) утратой, мы можем ожидать более быстро развивающийся позитивный трансфер (как средство замещения объекта). Однако это замещение часто коренится в магическом ожидании любящего, заботливого и всемогущего воплощения первичного объекта. Непосредственной реакцией может быть временное приподнятое настроение, чрезмерная идеализация терапевта и стимуляция надежды и ожидания, что все будет хорошо. Нередко со столь же быстрым разочарованием.

Это закономерно почти во всех случаях: в процессе регресса и формирования переноса пациент начинает разочаровываться в себе и в терапевте (но здесь присутствует и позитивный компонент, так как это первый шаг к разочарованию и в утраченном некогда объекте). Попытки обесценивания терапии и терапевта предпринимаются на

протяжении почти всей работы. И это нужно принимать. Несмотря на все ваши усилия, пациент может чувствовать себя иногда даже хуже, чем до начала терапии. О такой возможности лучше сказать ему до начала работы, объяснив, что прошлые переживания могут не только вспоминаться, а как бы заново проживаться в полной мере. Вряд ли эта апелляция к рациональности будет воспринята, тем не менее пациент должен быть предупрежден и должен согласиться, что он готов к тому, что терапия может быть болезненной сама по себе. Первый этап — самый главный и самый важный, и его первостепенная задача — удержать пациента в терапии, так как в случае неудачи он, скорее всего, больше никогда не отважится на повторную попытку.

### Средняя часть

Терапевт не раз почувствует, что все его попытки наполнения опустошенного и расколотого Эго — это отчасти сизифов труд, то же самое, что пытаться наполнить расколотый сосуд, но нужно пытаться это делать снова и снова, надеясь, что хоть что-то «осядет» на его стенках и позволит постепенно «склеить» эти черепки. Фактически, здесь можно говорить о создании «нового» Эго, определение которого можно было бы дать и без кавычек, так как, если утрата была в раннем возрасте, реального «взрослого» Эго у пациента практически никогда не было. По мере его формирования главным становится все та же потребность в любви, предчувствие любви, проекция этого предчувствия на терапевта и страх этого неизвестного ранее чувства, так же как и страх потерять еще раз. В результате почти весь период терапии окрашен амбивалентностью и недоверием, с очень медленным смещением к позитивному полюсу отношений.

Чувство полной беспомощности пациента присутствует также на протяжении большей части терапии, и

его очень сложно переносить. Так же как и чрезвычайно трудно понять — как сильно он страдает. Это особенно трудно, как я уже говорил, если вы хотя бы раз не пережили подобные чувства в связи с аналогичными событиями.

Многие авторы отмечают, что целесообразно помочь пациенту и даже провоцировать его на то, чтобы выплакать горе. Я этого никогда не делал, это происходило как-то само по себе и чаще — по инициативе пациента, но нельзя не признать важность этих «целительных слез». Не говоря уже о том, что — даже если пациент сквозь эти слезы посылает вам проклятия — это уже проявление особого доверия к вам как к терапевту.

Когда это случается, мы, как и все нормальные люди, чувствуем потребность утешить, но этого не следует делать, тем более что часто утешить бывает просто невозможно. Величайшая услуга, которую мы можем оказать пациентам в этих обстоятельствах — оставаться с ними и просто *разделять их горе.*

Пациенты часто сообщают нам, что по мере терапии они начинают чаще плакать «без видимой причины». И это правда, так как эти слезы выглядят как скорбь, и все же — еще не соприкасаются с реальной скорбью. Они соприкоснутся с ней, когда вы доберетесь до конфликта между любовью и ненавистью, и лишь оплакав этот конфликт, пациент сделает еще один шаг к облегчению своих страданий. Я еще раз проясню этот вопрос: когда прорвется сострадание и ненависть не к себе (как замене утраченного объекта), а непосредственно к объекту — мы увидим совсем другие слезы и услышим совсем другие слова. Самое трудное здесь — не испугаться, а принять и то и другое.

Укрепление Эго сопровождается усилением сопротивления, в том числе — сопротивления терапии, что со-

ставляет практически постоянный компонент ее средней части, проявляясь длительными периодами молчания, нежеланием что-либо обсуждать или концентрацией всей сессии на банальных вещах. Нередко это сопровождается фразами типа: «Должно быть, Вы сильно во мне разочарованы?». Несложно дать этому интерпретацию, так как на самом деле пациент хотел сказать, что это он разочарован в своем терапевте и терапии. И об этом можно спросить, одновременно снимая чувство вины с пациента, пояснив ему, что он волен выбирать любую тему, и для терапевта нет неважных: все, что говорит пациент — важно.

По мере формирования дифференцированной оценки себя и объекта (на фоне уже устойчивого переноса) нередко вновь возрождается повторяющаяся модель нарциссической обиды, но теперь уже на терапевта (и — традиционно — еще раз на себя). Типичные выражения по отношению к терапевту: «Вы просто мучаете меня», «Вам нравится причинять мне страдания». По отношению к себе это обычно проявляется в вопросах, обращенных к терапевту, типа: «Неужели Вам не противно?» или «Меня удивляет, что мы все еще копается в этом дерьме!». Я бы также не рекомендовал это интерпретировать, отрицать или отвергать. «Почему мне должно быть противно?» — и другие подобные вопросы представляются наиболее приемлемым способом постепенного преодоления этой ситуации.

По мере развития отношений с терапевтом пациент неизбежно осознает, что у терапевта есть недостатки и он не является бесконечно принимающей, дающей и всемогущей фигурой, какой он представлялся пациенту раньше (как некий вариант «идеального объекта»). Тогда может вновь проявиться враждебность и чувство, что терапевт не оправдал возложенные на него ожидания. Но так как перенос уже достаточно силен, пациент может

попытаться справиться с очередной ситуацией безнадежности, — подавляя сомнения относительно терапевта и пассивно подчиняясь ему с почти исходной садомазохистической зависимостью. Враждебность при этом трансформируется в чувство вины (уже перед терапевтом и его усилиями), и в результате — депрессия может возобновиться в той же степени или стать даже больше, чем прежде. Но — в отличие от начала терапии — без попыток ухода из нее: наоборот, пациент будет отчаянно цепляться за терапевта из страха пережить еще одну утрату объекта. И тогда терапия может приобрести такой специфически садомазохистический характер. Чтобы этого не случилось, терапевту целесообразно исходно предпринимать особые усилия по деидеализации собственного образа.

В средней части терапии нередко усиливается чувство беспомощности, которое, естественно, проецируется на терапевта, и проявляется фразами типа: «Никто не может мне помочь». Попытки демонстрации «психотерапевтического всесилия» здесь вряд ли уместны. Более подходящим на данном этапе является демонстрация своего желания помочь: «Я хотел бы Вам помочь, и я надеюсь, что я смогу это сделать. Но и Вы уже кое-что можете».

Когда появляются первые признаки интеграции Эго (в частности, в форме критического Эго, обращенного на объект), открываются новые возможности, и именно на этом этапе мы начинаем прорабатывать, «конвертировать» и очень постепенно транслировать в сознание бессознательные процессы, включая идеализацию и агрессивное желание уничтожить объект и аналитика, идентификацию с ними и отвержение, агрессию и самопожертвование, что приносит некоторое улучшение, но отнюдь не приводит к немедленному избавлению от страдания.

Вероятность успеха все еще очень далека. Столь желанная конвертация бессознательного в сознание — лишь первый шаг к успеху. Но именно на этом этапе утраченный объект становится осознаваемым, а межличностный контекст начинает критически переосмысливаться, что снижает интенсивность направленных на них чувств.

### Завершающий этап

Он всегда чрезвычайно индивидуален и обычно связан с длительным периодом недоверия, и уже почти исключительно по отношению к аналитику. Различия между отношениями двух значимых объектов — ненавистного и любимого утраченного объекта (со всей гаммой чувств неприятия, нелюбви и пережитого пациентом унижения), с одной стороны, и уважительное и принимающее отношение аналитика (замещающего утраченный объект), с другой — эти различия слишком велики, слишком разительны, чтобы в это можно было поверить.

Пациент вновь и вновь будет испытывать на прочность ровность и надежность отношения аналитика (делая это, безусловно, бессознательно). И аналитику будет чрезвычайно трудно поддерживать и сохранять эти новые, уже существующие, но пока малоизвестные пациенту отношения.

Я еще раз повторю, что один из важных корней депрессии связан с чувством утраты и скорбью, которая никогда до этого не была осознана, вербализована, и, следовательно, проработана. Главная задача проработки: достижение такого состояния, когда пациент постепенно приобретает способность вербализовать ранее не поддающиеся выражению, а затем — ярко выраженные (которые иногда возможно только выкричать) гнев и отчаяние — в их неосложненный форме. И тогда наступает переходный этап: от тяжелой скорби к обычной человеческой печали.

Но даже при приближении к окончанию терапии, несмотря на длительную совместную работу и реальное ощущение появления «света в конце тоннеля», пациент, тем не менее, хотел бы быть разочарованным в аналитике, так как это позволяет ему не обесценивать свое (обычно многолетнее) страдание, свое «обладание лишенностью», от которого мы хотели бы его избавить. И здесь снова требуются не интерпретации, а огромная выдержка и терпение. Отношения с пациентом в этот период могут приобретать характер гораздо менее нейтрально-аналитических, но, безусловно, понимающих и принимающих.

Очень важно не пропустить, когда пациент замечает в себе что-то новое. Например, в работе с одной из пациенток ключевым моментом были ее слова о том, что недавно она научилась отличать, когда просто расстроена, а когда — опять впадает в депрессию. Раньше, добавила она, ей не удавалось распознавать это.

Но и проработка — это еще не конец. Как показывает опыт — это не самое радостное ощущение для пациента, когда он наконец понимает, что потратил значительную часть своей жизни на переживание отсутствия или утраты близости с тем или иным объектом. Это может быть причиной еще одного витка для нарциссической обиды, обвинений и т. д., хотя реализуемых уже в большей степени на сознательном уровне.

В этот период в отношениях должны преобладать эмпатия и поддержка, при этом не стоит (видя такое улучшение) настаивать на большей самостоятельности пациента. Он сам придет к ней, и в свое время. Принятие утраты как чего-то оставшегося в прошлом может еще долго оставаться болезненным и, кроме того, оно может осложняться новым чувством вины, но теперь уже не перед утраченным, а перед оставляемым объектом («Теперь я бросаю, как когда-то бросили меня. Я такая же дрянь!»).

# НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭДИПАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ

Я позволю себе дополнить представления Абрахама И Кляйн о том, что депрессия может возникать не только в связи с орально-садистической фазой, но и эдипальны-Ми чувствами более позднего периода. Особенно это Характерно для случаев, когда, например, депрессивная Пациентка предъявляет жалобы на невозможность уста-новить отношения с мужчинами. Иногда эта жалоба зву-Нит как полное отчаяние. И здесь всегда стоит задать себе Вопрос: в какой степени это связано с виной «плохой ма-тери», а в какой — ее отчаяние, вина и страх наказания связаны с инцестуозным элементом ее чувств к отцу?

В последнем случае нередко мы встречаем проявле-ния враждебных чувств в адрес всех мужчин. И это, бе-зусловно, проистекает из разочарования в отношениях с от-Цом, и в большей части случаев — разочарованием, Конфликтующим с глубокой и искренней любовью к мате-ри. В процессе терапии таких вариантов расстройств неред-ко возникает и неоднократно обсуждается иррациональная Мысль о том, что было бы, если бы мать умерла, с последую-щим чувством вины и раскаяния[1]. Вина перед матерью мо-ткет быть даже вполне сознательной, но бессознательная Идея и влечение все равно действуют. И в результате ока-зывается вообще невозможным построить нормальные от-ношения с мужчинами. Так как на подсознательном уровне У таких пациенток присутствует уверенность, что если они Построят нормальные (желанные и принимаемые) отноше-ния с тем или иным мужчиной (за которым всегда скрыва-ется образ отца), то они сделают это за счет благополучия Матери, которую они любят, ненавидят и... боятся. И это так->ке может быть одним из основных пусковых механизмов

[1] Иллюстративный материал можно найти в моей статье «Психоана-лиз — без интерпретаций?» на с. 267—289 данной книги.

депрессии: потребность выражать чувства и невозможность этого, так как это представляется реальным только за счет любимого человека.

Эдипальная по природе депрессия у мужчин также встречается, при этом депрессивный аффект возникает, когда помимо эдипального соперничества присутствует сильная привязанность к отцу в сочетании с разочарованием в нем.

## ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Наиболее характерные для депрессивных пациентов защиты — вытеснение и проекция, а также конверсия (последняя особенно специфична для соматизированной депрессии). Эти механизмы хорошо известны и описаны практически во всех учебниках, энциклопедиях и справочниках по психоанализу, поэтому мы не будем на них останавливаться. Добавим только, что вытесненная ненависть, как отмечал еще Абрахам, может быть замещена собственной противоположностью: чрезмерным самопожертвованием и сверхдобротой в отношении ненавистного объекта (откуда, как отмечал Абрахам, возможно, проистекает и особый «культ материнства»). Абрахам предложил также для описания специфики отношения к матери гипотезу о механизме репарации — «возмещении ущерба» (за тот вред, который пациент в своих фантазиях причинил матери).

## ПЕРЕНОС

Уже упомянутая идеализация терапевта — конечно, далеко не единственный вариант возможного переноса. В моей практике наиболее часто встречались идеализированный и эротический, что с учетом специфики причин и развития патологии достаточно закономерно. Так как аналитик в подобных ситуациях (в результате пере-

носа) идентифицируется с объектом (отношение пациента к которому даже после окончания терапии остается амбивалентным), то он также и воспринимается и испытывает всю гамму амбивалентных чувств пациента: пациент то идеализирует его и восхищается им, отвергает или наоборот пытается соблазнить, то предпринимает (бессознательные) попытки оскорбить, унизить и, таким образом, обесценить, так же как и объект. Труднее всего переносить оскорбления. Но такие попытки нужно не только принимать как должное (опять же, по моему мнению, с минимумом интерпретаций), но даже поощрять. Здесь более уместным представляется присоединение к пациенту и фразы типа: «Мне кажется, что Вы сегодня смогли сказать то, что давно хотели выразить. Очень важно, что Вы смогли это сделать. Вероятно, что-то из сказанного действительно относится ко мне. Я тоже делаю ошибки. Но то, что Вы сказали, имеет причиной нечто большее. Поэтому я могу предположить, что не все из сказанного относится ко мне лично. Я пока не знаю к кому. Но Вы знаете... Кому еще Вы могли бы адресовать эти заслуженные упреки и ваш гнев?» Обычно состояние пациентов улучшается после терапевтической работы, прямо или косвенно связанной с выражением гнева.

Работа с эротическим и идеализированным переносом — это самостоятельная тема, которая также достаточно хорошо освещена во всех базисных изданиях по психоанализу, и я не буду останавливаться на этом.

## КОНТРТРАНСФЕР

Совсем кратко. Типичные составляющие контртрансфера специалистов, работающих с депрессивными пациентами, хорошо известны и распространены: терапевту приходится постоянно контролировать свое неудовольствие, разочарование и гнев, вызванные бесконечными жалобами и претензиями пациента, его недоверием, предъяв-

лением амбивалентных чувств и нежеланием сотрудничества. Нередко пациент демонстрирует сверхвнимание и желание сверхзаботы о терапевте, что может быть интерпретировано в рамках уже упомянутого механизма репарации.

Несмотря на естественное желание терапевта избежать всей гаммы предъявляемых пациентом негативных чувств, иногда целесообразно провоцировать его гнев в отношении самого себя, осознавая, что он лишь направлен на терапевта, хотя предназначен, как отмечал Фрейд, тому, в ком пациент нуждался или по-прежнему нуждается, любил или любит, и в чьей любви обманут. Тому, кому пациент никогда не мог и, скорее всего, никогда не сможет высказать всей обиды.

Я со всей очевидностью и совершенно искренне готов признать за депрессивным пациентом самые высокие чувства: сколько бы он ни высказывал гнева в отношении объекта или терапевта, он скорее убьет себя, чем сможет причинить вред другому человеку.

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ

Противопоказания здесь те же, что и при любой другой форме патологии, поэтому я только перечислю основные:

— отсутствие мотивации к выздоровлению и получению психологической помощи;

— на фоне предъявления многочисленных жалоб и симптомов пациент не осознает или категорически не принимает психологическую природу своего страдания;

— у пациента отсутствует заинтересованность в исследовании собственной личности, и ведущим является желание переложить всю ответственность за терапию на аналитика или во всем обвинить других;

— в процессе предварительного интервью и пробных сессий пациент неоднократно высказывает опасения, что психологическая боль, которая будет вскрыта в терапии, может быть непереносимой для него;
— в процессе пробных сессий терапевт чувствует, что пациент не способен принимать психологическую помощь;
— рассказ пациента отражает многочисленные и различные способы отреагирования, включая алкоголизм, обращение к колдовству, экстрасенсорике и т. д.;
— в анамнезе у пациента имеются многочисленные попытки обращения к психотерапевтам и всегда с неблагоприятным исходом;
— аналитик не чувствует искренней симпатии к пациенту и его страданию (косвенное противопоказание для конкретного аналитика).

**Глава 7**

# САМАЯ ИЗВЕСТНАЯ МОДЕЛЬ

Мы уже, кажется, обосновали, что причина депрессии — это зависимость от объекта. И в нашей практике мы многократно наблюдаем попытки вытеснения и замещения этой зависимости... другими зависимостями (азартные игры, алкоголь, наркотики, а также спорт, карьера и т. д.). Вне терапии — обычно, с тем же успехом, так как мы то хорошо знаем, что это — не более чем «болезненное повторение», в основе которого лежит неизбывное желание — достижения любви и признания. С. Даулинг очень своеобразно обобщает свои впечатления о зависимых: «Лично у меня эти пациенты вызывали очень мало сочувствия: как можно поместить в центр своей жизни какое-то химическое вещество и считать его средоточием всех своих проблем?» И далее автор отвечает на свой вопрос: «Наверное, мой контрпеспоред отражал отвержение и отсутствие сочувственного понимания, от которого страдали эти пациенты в детстве. Именно поэтому они могли идентифицироваться с такими частичными, неодушевленными объектами, как алкоголь или наркотики, и выбирать эти... объекты в качестве своих основных объектов»[1].

Это очень краткий набросок к попытке интерпретировать депрессивную привязанность к объекту как вариант зависимости, и для этого есть определенные основания... Еще недавно мы пытались лечить наиболее социально неприемлемые зависимости принудительно. Возможно ли это? Я не буду давать ответ, а попробую на хорошо всем

---

[1] Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 5

известной модели, имеющей очень много общего и с депрессией, и с зависимостью, продемонстрировать его. Думаю, что проницательный читатель уже догадался, что речь идет о любви. И в данном случае — неважно: взаимной и счастливой или, наоборот, — неразделенной и горькой. Я убежден: какова бы она ни была, любить — это всегда счастье, иногда мучительное, но счастье. В том, что нам часто невыносим последний вариант, есть определенная погрешность воспитания в нашей культуре: мы готовим детей только к бесконечному счастью, забывая, что именно страдание — возвышает. И на вопрос моих пациентов, предъявляющих жалобы на неразделенную любовь: «Что же им теперь делать?», — я неизменно отвечаю одно и то же: «Как что? Страдать! ».Ия многократно убеждался, что снятие (непонятного — и не только мне) социального запрета на страдание — уже благо. У меня есть большое подозрение, что не только социалисты-утописты и коммунисты хотели построить общество только (и только!) «всеобщего счастья». Такого не может быть, ибо человек — существо страдающее, и именно здесь скрыт его огромный нравственный потенциал: способность к состраданию. Более того, как неоспоримо свидетельствует история, все попытки построения обществ «всеобщего благоденствия» всегда заканчивались виселицами, концентрационными лагерями, газовыми камерами или уж в самом «гуманном случае» — моральными казнями и публичными покаяниями в несовершенном.

Прежде чем перейти к бесконечно прекрасной и трагической теме любви, еще два слова о «пограничной» проблеме зависимости. В отношении этих пациентов всегда существует определенное насилие. Я не говорю здесь о «принудительном лечении» наркоманов — скорее о моральном насилии и праве решать: «жить или умереть». Я не раз слышал от моих пациентов, и в первую очередь депрессивных, такую «крылатую фразу»: «Лучше ужас-

ный конец, чем ужас — без конца!». Я, конечно, пытался корректировать эти суицидальные тенденции всеми доступными мне способами, и слава Богу — не потерял ни одного пациента, но не зная глубины их страдания, я никогда не был уверен, что до конца прав. У меня есть несколько примеров, когда такие же суицидальные тенденции побуждали к (вызывающим публичное восхищение и даже преклонение) покорению горных вершин, преодолению опасных порогов, добровольным отправлениям в самые «горячие точки» и т. д. Первые два вопроса, которые я всегда задаю зависимым и депрессивным пациентам с суицидальными тенденциями: «Доброволен ли его приход ко мне?» — и — «Он хочет моей помощи, чтобы жить или чтобы умереть?» Если ответ на любой из этих вопросов отрицательный или даже неуверенный, я отказываю пациенту. И не только потому, что я готов исключительно помогать жить — я не готов помочь умереть. Хотя сам, так же как и Фрейд, считаю, что у каждого есть право выбора. Как читатель, вероятно, помнит, когда тяжелобольной Фрейд нанимал личного врача, одним из его условий было согласие доктора на то, что в случае, если его (Фрейда) мучения станут непереносимыми и унизительными для него как личности, врач поможет ему «уйти из жизни достойно». Современные анастетики, безусловно, вносят коррективы в этот тезис, во всяком случае, применительно к раковым больным. А как в отношении душевной боли? Я пишу это как человек, который не раз встречался с тяжелыми депрессивными эпизодами, и могу сказать, что душевная боль по парализующей и ужасающей интенсивности вряд ли уступает самой сильной физической. И я допускаю, что существуют случаи, когда выбор между непереносимой душевной болью и оглушенностью мощными нейролептиками (с ощущением последовательной утраты собственной личности) может быть иным. Конечно, как психотерапевт, я всегда буду про-

тиводействовать этому, но я не могу быть ответственным за чей бы то ни было выбор.

Я еще раз повторю, что надеюсь, большинству из читателей неизвестна депрессия, но знакомо чувство любви. А в любви никогда не бывает просто, и эмоциональные подъемы возвышенного счастья, так уж устроена жизнь, периодически сменяются размолвками, а то и разлуками («навсегда»!), неизменным спутником которых является реальный, а чаще — гипотетический соперник. Я многократно убеждался, что эта модель депрессии наиболее доступна (особенно в неаналитической аудитории) для понимания того, что мы вкладываем в понятие «утрата объекта». Я лишь напомню некоторые особенности этого состояния.

О чем бы ни думал влюбленный, все его мысли неизбежно возвращаются к утраченному объекту, и буквально «пожирают» его Я — он кажется себе недостойным, брошенным, забытым, никчемным и более ни к чему не способным — и все эти идеи проецируются как мысли утраченного объекта, но относятся — к себе. У него уже нет ни друзей, ни врагов, ни хобби, ни карьерных устремлений. Он не может уснуть, также как и заполнить хоть чем-нибудь дневное время, всецело поглощенный бесконечным внутренним диалогом с объектом любви, о котором он не может никому сказать, ибо тот невыразим обычными словами: в нем нет логики — только чувства, «сцепленные» с теми или иными словесными конструктами, даже приблизительно не отражающими содержания аффективной сферы. Нет никаких желаний, кроме неизбывной тоски и... агрессии к утраченному объекту. Мне неоднократно в подобных ситуациях приходилось слышать, что «вот если бы он (она) тяжело (как вариант — неизлечимо) заболел(а), и все его (ее) бросили, вот тогда бы он (она) понял(а) — кто действительно любит и предан». Го-

ворящий так чаще всего даже не подозревает — сколько агрессии скрыто в этом желании! Но даже «увечный объект» остается пределом вожделений! И попробуйте только предложить что-то взамен — лучше, красивее, известнее, богаче — ничто не будет принято. Это вызывает огромное уважение и приводит нас к пониманию, что нет ничего дороже человеческих чувств. И это единственное (ничему в земной жизни не соразмерное) богатство, которое когда-нибудь мы унесем с собой...

В ситуации реальной любви и реального соперника, особенно если у возлюбленных есть семья и дети, «клиническая картина», как правило, еще более удручающая. Мы не умеем терять... Хотя с завидной доброжелательностью периодически признаем, что каждый может разлюбить (чаще всего, имея в виду в данном случае — себя, и только себя). Мы не знаем — почему и как возникает это чувство, так же как и не имеем представлений о том — почему оно однажды уходит. Уходит совсем, или уходит к одному и приходит к другому. Общество, в России особенно, по привычке стоящее на страже интересов семьи (настоящей или будущей) «как первичной ячейки общества», обычно искренне осуждает тех, кто «вдруг» разлюбил. С таким же успехом можно осуждать каждого, попавшего в смерч или цунами.

Почему я так подробно пишу об этом. Как мне представляется (да иначе и быть не могло), наша мораль построена на нарциссическо-эгоистических основаниях. Мы знаем, что можем разлюбить, но не допускаем мысли (и расставляем «красные флажки морали») вокруг идеи, что «нас тоже могут разлюбить». И именно на этих основаниях осуществляется воспитание, а в итоге абсолютное большинство оказывается неготовым к «невечной любви». И на фоне распада 60% заключаемых браков естественно, что до 7 0% наших пациентов — это люди с межличностными

проблемами, так или иначе связанными с любовными отношениями (включая родительскую любовь).

Я еще раз вернусь к тезису о «невечной любви». Увы, только зрелая и чаще поздняя любовь допускает свое бесконечное существование без обладания объектом или после его утраты. Но, я думаю, для общества было бы важным и вполне возможным изменение дидактически-жесткой морали и постепенный приход к большей степени толерантности к себе и другому. Что скрывается за этой онаученной фразой и как она может предъявляться пациенту? Если я действительно люблю, мне может быть невыносимо больно, когда меня разлюбили, но... я буду всегда желать только счастья и благополучия своему объекту любви. И для этого есть эгоистическое основание: уже хотя бы потому, что он — мой (со мной ли или даже без меня).

За этой идеей скрывается еще один аспект (я бы сказал — важнейший) — детские депрессии, переходящие во взрослые или проявляющиеся как актуальные в зрелом возрасте. Увы, пока расставание супругов нередко сопровождается взаимными обвинениями, упреками и «публичным» озвучиванием всех мерзких качеств друг друга, которыми они в большинстве случаев никогда не обладали и не обладают. Даже если дети ранее пережили безупречный период объектной любви к обоим родителям, эта травма в любом возрасте никогда не пройдет бесследно. «Развенчанный» или «поруганный» объект привязанности — то же самое, что утраченный. При этом особенно острой становится потребность в других зависимостях: интернет, азартные игры, алкоголь, наркотики, привлекательными становятся тоталитарные секты, предлагающие «неограниченную» любовь или компании, где легко реализуются агрессивные импульсы. В любом случае — это уже уход в болезнь. Тем, кто только собирается расстаться с некогда любимыми, всегда лучше

знать об этом, чтобы не переносить мщение на тех, кто виноват лишь в том, что любит каждого из расстающихся навсегда. К «навсегда» нужно еще раз вернуться, так как именно в этом термине, с одной стороны, заключается еще одна важнейшая специфика объектных отношений, формирующихся в раннем детстве, а с другой — скрыта основа наших бесконечных попыток проецировать это на все другие отношения. Увы, они — другие.

Этот раздел, как уже было сказано, можно считать неким наброском, но я надеюсь, что он что-то еще прояснит, так как многие хотя бы раз переживали то состояние, когда, как сказал бы поэт: «Даже в шуме моря я слышу ее имя», — и смогут легко «дописать» этот текст для себя и для своих пациентов.

## Глава 8

# СОВРЕМЕННАЯ АЛХИМИЯ

Я не сторонник мрачных прогнозов, но что-то происходит с нами всеми. И массовое распространение депрессий — это, скорее, лишь следствие. Культ успеха и эгоизма, ничем не ограниченной свободы, материальное благополучие и все более раскрепощенная моральная динамичность, размытая идентичность и бесконечный поиск новых вариантов реализации стремления к удовольствию — становятся ведущими императивами нашего времени, и в конечном итоге... приводят к опустошенности наших желаний. Более того, даже те, кто получил все вышеупомянутое, включая свободу от всех запретов и доступность всего недостижимого, не знают — как это использовать.

Затем эти люди предстают перед нами, но чаще (во всяком случае, в России) — перед психиатрами, которые всегда «немного психотерапевты», хотя в последнем плане мало отличаются от их пациентов, разве что уровнем знаний об их общем незнании. Здесь-то, как мне представляется, и кроется магия и успех психофармакологии. — Зачем месяцы или годы пытаться искать объяснение межличностных или внутриличностных конфликтов только для того, чтобы помочь одному-единственному человеку, если есть «быстрый способ» предложить гипотетически «неминуемое» химическое счастье тысячам и миллионам? И общество восторженно и легко принимает это как новое слово в медицине и прогрессе. Этому есть вполне гуманистическое объяснение: мы не хотим признавать и демонстрировать свое индивидуальное несчастье, также как и замечать реальность несчастья других.

Именно поэтому, в отличие от всеобщего бравирования употреблением пищевых добавок, антидепрессанты принимаются тайно не только от коллег и друзей, но и от самых близких людей. Иногда прием антидепрессантов скрывается даже от психотерапевта, и он может узнать об этом лишь через несколько месяцев доверительных отношений. Пациент боится депрессии, и предпочитает описывать ее в терминах «усталости», «перенапряжения» и т. д., но главное, чего он боится — встречи со своим Я. И это не индивидуальная, а одна из общемировых проблем. Я позволю себе высказать гипотезу — почему это происходит? Мы так долго переделывали мир под себя и прилагали к этому столько нечеловеческих усилий, но лишь сейчас с ужасом начинаем ощущать (но еще не осознавать): что же мы наделали? Наше Я отворачивается от этой реальности, мы боимся открыть глаза и взглянуть на творение рук своих. Тоска по утраченному объекту — это не самое страшное. Это, хотя и трудно, но поддается коррекции. Мы постепенно утрачиваем субъектность мира и, как следствие, его человечность. Нам только кажется, что где-то в России или США мы никак не связаны с умирающими от голода или СПИДа, страдающими от засухи или холеры, экологических или социальных кризисов, погибших к очередной авиа- или другой техногенной катастрофе. Благодаря развитию средств информации и особенно телевидения мир сузился до пинг-понгового шарика, а мы, все еще не осознавая это, оказались куда больше зависимыми от мира, чем он — от нас. И нам только кажется, что мы с удовольствием поглощаем свою отбивную или неистово предаемся сексу под иллюзорные картинки бесконечного и все более оглупляюще-радостного шоу, периодически сменяющегося реальными новостями с горами трупов наших сопланетников. И вероятность оказаться среди последних, в какой бы супер-защищенной стране вы ни жили, с каж-

дым днем возрастает. Мы утратили уже не нечто, мы все больше утрачиваем себя. Я попытаюсь рассмотреть некоторые аспекты этих вопросов в разделе «Депрессивный мир».

Но прежде мы должны увидеть, что в последние десятилетия нас все более явно пытаются убедить, что «человек чувствующий» не существует, а все наши переживания и страдания — не более чем нарушения «химического баланса». Возможно ли большее кощунство? Мне, конечно, возразят и скажут, что это не так или хотя бы — не совсем так. Но как тогда объяснить то, что в основной массе к пациенту относятся как к некому безличностному существу, когда независимо от глубоко индивидуальной истории, формы и проявлений страданий каждого миллионы получают одни и те же препараты? Некоторые западные коллеги говорят в кулуарах: «Да, это есть, но преимущественно для бедных и среднего класса. Те, кто побогаче, чаще апеллируют к психотерапии». И с ними нельзя не согласиться. Психотерапевт слишком много тратит на свою (обычно — многолетнюю) подготовку и стоит дорого. Давайте говорить об этом открыто! Есть генетически измененные продукты, которые производятся исключительно для того, чтобы накормить голодных и спасти их от неминуемой смерти, невзирая на то, как это скажется на их здоровье, генной структуре и потомстве. Есть психофармакология — с аналогичными характеристиками. И каждый просвещенный гражданин должен знать это. И хватит уже сеять в массах иллюзию, что не сегодня-завтра некие высоколобые мужи найдут самый простой химический путь избавления от любых страданий. Такой путь уже есть — наркотики, а чтобы уж наверняка избавиться — лучше сразу начинать с передозировки. У меня есть некоторый опыт работы с наркоманами, и во всех случаях и здесь присутствовала утрата объекта.

Мой друг, французский психоаналитик д-р Элизабет Рудинеску, недавно написала небольшую книгу, где достаточно изящно исследовала зарождение психофармакологии и те моральные коллизии, которые пережили первооткрыватели[1]. Безусловно, открытие нейролептиков в 1952 было революцией в психиатрии. Смирительные рубашки и шоковая терапия сменились «мягким коконом» медицинских препаратов. Но они не соответствуют этому высокому наименованию, потому что ничего не лечат! Они модифицируют психиатрическую патологию до легко переносимой окружающими формы, и вместо пугающего нас обуревающими его страстями, страдающего и мечущегося человека, мы получаем биоробота, лишенного настроений, чувств, привязанностей, желаний и эмоций, не говоря уже о таких «мелочах», как психомоторная заторможенность и интеллектуальное снижение. Нам всем, и особенно врачам и персоналу психиатрических отделений, стало в десятки раз легче. Но легче ли самому страдающему? Мы не знаем, потому что нередко даже спросить уже не у кого: той личности, которую мы когда-то начали интенсивно «лечить», — уже нет.

Один из известных изобретателей новых психофармакологических средств Генри Лаборит, безусловно, желая избавиться от чувства вины, подвергает себя «самоанализу»: «Почему человек с радостью принимает психотропные препараты? Потому что общество, в котором мы живем, невыносимо... Иногда меня упрекают, что я изобрел химическую смирительную рубашку». И далее ученый резюмирует: «Но... в процессе эволюции человечество должно было пройти через стадию препаратов. Без психотропных препаратов, возможно, произошла бы революция в человеческом сознании: “Мы больше не можем это-

[1] *Roudinesco E.* Why Psychoanalysis? Columbia University Press, New York, 2001.

го выносить!”». Продолжим эту мысль: то есть не безумцев стало больше, а мир стал безумным! В том же интервью Генри Лаборит высказывает надежду, что «в отдаленном будущем фармакология, возможно, станет менее интересной, за исключением области травматологии, и можно даже представить, что она вовсе исчезнет». Смею вас заверить — нет. Самая доходная (после производства наркотиков) — никогда! И это еще одна примета нашей эпохи: там, где сталкиваются интересы корпораций и человека, последний всегда проигрывает.

Я бы определил идеологию психофармакологии как «психиатрический социализм»: все (должны быть) одинаковы, поэтому — всем одно и то же и всем поровну (как запредельное и глубоко материалистическое сведение всего богатства духовного мира к нейрохимии и так называемой «высшей нервной деятельности»),

У меня здесь есть много претензий к психоанализу. Мы практически, за исключением упомянутых выше случаев и особых условий, не применяем психофармакологию. Но в дополнение к этому большая часть западного психоанализа, высокомерно отвернувшись от психиатрии и даже психотерапии, все более превращается в своеобразную «касту посвященных», которым нет дела до окружающего мира. И стоит согласиться и Ж.-Б. Понталисом, что это со временем может привести к тому, что на психоаналитических кушетках (на Западе) останутся только психоаналитики. У нас в России другой путь. Мы исходно рассматривали психоанализ как одно из направлений в психотерапии и психиатрии и ориентированы на последовательное взаимодействие с этими областями знаний и практики. И эта книга задумывалась как понятная не только психоаналитикам, а любому врачу и психологу. Повторю еще раз — я не против психофармакологии, я против медикализации всей психиатрии. В России у нее

есть еще одна причина — бедность, и как отмечалось главным психотерапевтом Санкт-Петербурга О. Е. Кашкаровой на недавнем совещании в Федеральном центре психотерапии и медицинской психологии, повсеместно психиатры последовательно вытесняют психотерапевтов и психологов из отделений и делят их ставки между собой... Хотя общепризнано, что оптимальное соотношение психиатров и психотерапевтов составляет 1 к 6-8. В этой книге об этом будет сказано еще не раз — у нас пока: с точностью до наоборот. Кроме всех вышеупомянутых, это порождает еще одно негативное явление: кроме миллиардов, затрачиваемых на рекламу новых препаратов психофармакологическими концернами, психиатры рекламируют их практически бесплатно (в некоторых западных странах — за процент от стоимости проданного препарата, а в России — за мелкие подачки от ведущих мировых фирм), и в результате этого «варварского политпросвещения» большинство пациентов «свято уверены», что их психические расстройства имеют исключительно химические или (в крайнем случае) другие органические причины, и сами настаивают на назначении самых сильных средств или даже лоботомии, или рассечении мозолистого тела, или криодеструкции тех или иных областей мозга. И им «идут навстречу». С гипотетическим, но легко прогнозируемым эффектом. Мир борется с запретом опытов на животных. А на людях?

Почему же общество принимает это? У меня нет другого объяснения, кроме страха — страха каждого по отдельности и всех нас вместе: остаться один на один со своими переживаниями, страстями и влечениями и... с тем миром, в котором нам выпало счастье жить. И с этой точки зрения мои или любые другие выпады в адрес психофармакологических фирм необоснованны: они лишь удовлетворяют социальный запрос! А огромные правительствен-

ные субсидии (во всех странах) для психофармакологии имеют еще одну причину: не имея прагматической картины современного мира и каких-либо адекватных этому изменившемуся миру гуманитарно-правовых программ, они отчаянно надеются найти индивидуальные и технически легко решаемые подходы ко всему комплексу пугающих социальных проблем. Мои западные коллеги (в частности, Эндрю Сэмюэлс и Элизабет Рудинеску) неоднократно высказывали огромный скепсис в связи с крушением социалистического лагеря. У меня нет ностальгии по социализму. Но я не могу не согласиться с ними, что в некотором смысле в Восточной Европе существовало лучшее общество. Как говорил Э. Сэмюэлс: «Мы знали, что вы бедны и не очень устроены. Но все-таки тогда была хоть какая-то надежда, что не весь мир живет ради еще большего количества колбасы, джинсов, автомобилей и коттеджей».

В рамках перехода к следующему разделу я попробую еще более обострить излагаемые идеи: с таким же успехом, как мы объясняем психические страдания, мы могли бы теоретизировать о поведении террористов, Саддама или Бен Ладена, исходя из соотношения в их нервных тканях серотонина, норадреналина, и предлагать решение геополитических проблем массовой раздачей «Прозака» или «Галоперидола»...

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой публикации, как уже отмечалось, обобщается всего 13 случаев депрессии, и в 10 из них присутствовало подтверждения гипотезы Абрахама о роли «плохой матери» в патогенезе, и особенно — в период депрессивной фазы, впрочем, как и в последующих — прежде всего с точки зрения недостатка любви и эмоциональной заботы. Но во всех случаях к этим «пусковым механизмам» всегда примешивались и масса других причин для враждебных чувств в отношении матери, в частности, эта враждебность нередко осложнялась эдипальной ревностью, включавшей отца и сиблингов. И там, где в моих мысленных интерпретациях я ждал появление матери, в интерпретациях пациента или пациентки нередко появлялся отец, сестра или брат, дед или дядя и т. д.

Как мне кажется, несмотря на попытки хоть как-то структурировать свои наблюдения и опыт других авторов, здесь не так много специфичного, и большая часть терапевтической работы осуществляется главным образом косвенно. При подготовке этой публикации я все время ловил себя на мысли, что многократно повторяюсь, пытаясь уловить нечто постоянно ускользающее. Точно такое же ощущение обычно присутствует при работе с депрессивными пациентами, так как суть проблемы всегда гипотетична и успех терапии зависит от многих факторов, но главными являются, по моим представлениям, три: хватит ли у нас сил и терпения, чтобы компенсировать утраченный объект, заново пройти с пациентом через депрессивную позицию и интегрировать его Эго, научив его любить вначале хотя бы одного человека — самого себя. Мне не всегда это удавалось.

В заключение я хотел бы особенно подчеркнуть, что, по моему убеждению и опыту, никто так не способен к терапевтической работе и вообще к деятельности к области помогающих профессий, как бывший депрессивный пациент. Он не понаслышке знает, что такое душевная боль, и искренне готов посвятить свою жизнь тому, чтобы дать другому любовь и участие, в которых он сам когда-то нуждался.

часть

II



# ДЕПРЕССИВНЫЙ МИР

# ПРЕДИСЛОВИЕ

В течение последних 15 лет, наряду с традиционной для меня терапевтической и организационной работой, мне пришлось много заниматься социально-психологическим анализом и прогнозированием в качестве советника Администрации Президента РФ, Государственный Думы и Совета Федерации РФ, каковым я являюсь и по настоящее время. За этот период были подготовлены сотни аналитических записок и материалов, часть из которых включена в этот раздел. Возможно, читателю покажется необычным такое сочетание терапевтической и аналитической деятельности, но я многократно убеждался, что терапевтической подход к анализу социальной реальности оказывается в ряде случаев чрезвычайно эффективным.

Как говорил мой американский коллега профессор Вамик Волкан в процессе нашей совместной работы в составе экспертов Фонда Президента Джимми Картера в Эстонии, национальные конфликты развиваются по «сценарию паранойи», и попытки разрешения их вне психотерапевтических подходов обречены. Психиатрические подходы к политике, безусловно, требуют особой деликатности, но без апелляции к закономерностям функционирования индивидуального и группового сознания многие общественные феномены становятся ускользающими. И то, что мое «прикладное» знание уже на протяжении

полутора десятков лет является высоко востребованным, еще одну тому подтверждение. Публикуя этот раздел, я хотел бы выразить особую признательность моему другу — историку, художнику и мыслителю Виктору Юрьевичу Васильеву — за бесценные критические замечания и подсказанные идеи.

# Глава 1

# ГЛОБАЛИЗАЦИЯ — САМЫЙ ОБЩИЙ ВЗГЛЯД

## ВВЕДЕНИЕ

К каким бы вопросам мы не прикасались в настоящее время, они не могут рассматриваться вне проблемы глобализации. Попытаемся ответить: почему? Но вначале попробуем дать определение: что такое глобализация?

### Определение понятия

В данном сообщении нами предпринимается попытка обобщения и некоторого структурирования материалов ряда дискуссий, организованных Информационным Агентством «РосБалт» (Руководитель проекта — Н. Черкесова), а также публикаций других авторов, посвященных этой проблеме [1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12].

В настоящее время существует несколько десятков определений понятия «глобализация». Ряд из них грешат претензией на всеобъемлющее толкование и в итоге — не дают никакого. Мы предпримем попытку начать с простейшего.

Дж. Сорос — один из авторитетных специалистов по этой проблеме, считает, что «глобализация — это слишком часто употребляемый термин, которому можно придавать самые разные значения» [9]. Но наиболее точным и удачным представляется определение М. Делягина [2], которое (несколько модифицируя его), можно сформулировать следующим образом: глобализация — это процесс формирования единого (мирового, но одновременно — имеющего четкие и достаточно узкие границы) военно-

политического, финансово-экономического и информационного пространства, функционирующего почти исключительно на основе высоких и компьютерных технологий. По мнению ряда квалифицированных экспертов, с точки зрения технического прогресса — глобализация знаменует собой качественно новый этап развития современной цивилизации и носит относительно закрытый характер, обусловленный концентрацией интеллектуальных ресурсов и высоких технологий в нескольких странах — лидерах глобализации [2, 5, 6, 11].

### Причины

Развитие цивилизаций — это асинхронный естественноисторический процесс, но в XX веке он приобрел *социально-исторический характер,* так как роль человеческого фактора неизмеримо возросла. Соответственно возросла роль идей, определяющих решения планетарного масштаба. Попытаемся обобщить причины и следствия этого процесса, а также его противоречия, апеллируя к уже упомянутым и другим разработкам современным авторов [1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 12].

Качественное изменение роли высоких технологий, скорости распространения и форм передачи информации, а также ограничения возможностей практического использования последней — даже при ее полной доступности — приводит к тому, что финансы как источник конкурентоспособности корпораций и стран постепенно утрачивают свое значение.

Накопление капитала или перемещение легко «утилизируемых» финансовых потоков (включая кредиты) становится вторичными по сравнению с формированием прорывных идей, созданием, передачей и использованием высоких технологий. Это обусловливается тем, что для создания и даже простого использования высоких технологий требуется ряд исходных условий, в частности, наличие высоких

технологий предшествующего уровня, а также мощного научного и высококвалифицированного кадрового потенциала (соответствующего этим задачам количественно и качественно), объединенного единым информационным полем.

В результате сама возможность создания новых высоких технологий приобретает «закрытый» или «эксклюзивный» характер, даже при полной открытости и доступности информации о них (не говоря уже о таких дополнительных факторах, как запреты и ограничения на передачу высоких технологий ряду стран).

Как следствие, в мире формируется ограниченное количество центров глобализации и постоянно расширяется число стран, не включенных в эти процессы. Одни становятся все более монополизирующимися разработчиками и производителями новых научных идей и высоких технологий, а другие — сырьевыми придатками или в лучшем случае потребителями продукции, полученной на основе высоких технологий. Ключевым вопросом конкуренции стран и цивилизаций, отметим это еще раз, становится фактор формирования «прорывных» идей и их реализации на основе и в виде высоких технологий.

## Следствия

В ближайшие десятилетия мир будет все более интенсивно разделяться на страны — производители интеллектуальных разработок и высоких технологий, и страны — потребители продукции, полученной в результате применения этих технологий. При этом значительная часть стран не войдут не в первую, ни во вторую категорию, так как главными барьерами для подключения к процессам глобализации (или даже условиями простого пользования ее продуктами) являются: традиционно обозначаемый как «европейский» уровень образования и высокий уровень благосостояния населения в целом.

Качественно изменится само понятие «освоения новых территорий». Если в предшествующий период это осуществлялось преимущественно через создание и развитие производственных мощностей, обеспечивающих заселение тех или иных регионов, то в период глобализации основным вариантом «освоения новых территорий» станет (все более высокотехнологичное) изъятие природных ресурсов, интеллектуального и кадрового потенциала с закономерно однонаправленным вектором их движения: в страны — лидеры глобализации. Таким образом, известная фраза о том, что «все мы в одной лодке, но некоторые — в качестве провианта», будет приобретать все более реальный смысл.

В период глобализации качественно изменятся представления о международной кооперации и сотрудничестве. Интенсивное развитие высоких технологий, системы образования и все более технологически и финансово емкой подготовки научных кадров, а также рост благосостояния в странах — лидерах глобализации будет сопровождаться разрушительным и даже катастрофическими изъятиями ресурсов, финансов и интеллекта из стран-аутсайдеров глобализации и даже стран, которые были обозначены нами как «потребители» (в отличие от производителей) продукции глобализации.

Понятие «конченые страны» будет приобретать все более конкретный смысл (особенно, если принять во внимание такие аспекты, как эпидемическая и экологическая ситуация, истощение природных энергоносителей, продовольственных ресурсов и запасов пресной воды — в последнем случае: вначале для нужд земледелия). Это понятие («конченые страны») появилось совсем недавно, и в первую очередь оно соотносится с утратой интеллектуальных ресурсов (научной и культурной элиты), но еще более — с утратой способности их воспроизводить [2]. Однонаправленность миграционных процессов вышеупомя-

нутых категорий (в страны — лидеры глобализации) уже сейчас достаточно очевидна. При этом для остальных категорий населения стран-аутсайдеров глобализации будут последовательно создаваться все новые и новые «миграционные барьеры» [2, 8].

Особое значение приобретут информационные технологии, связанные с производством информации, формированием сознания и воздействием на общественное сознание [12], а также — противодействие этим технологиям.

## Противоречия

Последовательное ухудшение уровня жизни и условий существования значительной (и наиболее активно растущей — преимущественно афро-азиатской) части населения планеты (до 85-90% планетарной популяции к концу XXI века) на фоне постоянно увеличивающегося благосостояния (неуклонно сокращающегося — евро-североамериканского) меньшинства (до 10-15% планетарной популяции к концу XXI века — так называемый «золотой миллиард»)[1] вызовет кризис всех гуманитарных концепций, выработанных за предшествующие тысячелетия [5].

В странах — потребителях и аутсайдерах глобализации будут последовательно нарастать антиглобалистские настроения и движения, включая уже упомянутые террористические, враждебно настроенные к лидерам глобализации (и населению стран-лидеров). Как следствие, возникнет объективная необходимость ужесточения визового режима, «избирательное» ограничение свобод передвижения и, возможно, своеобразные варианты «резерваций» для целых стран или регионов [8].

[1] По авторитетным прогнозам, предполагаемое увеличение количества населения в наиболее развитых странах в 2001—2050 годах составит 4%, в странах с «пограничной» экономикой — 58%, в беднейших странах Африки — 120%.

Даже если эти прогнозы оправдаются лишь частично, в любом случае существенно изменится роль и место стран и народов, рас и религий.

Дополнительным и нарастающим противоречием будет являться неравномерность распределения природных ресурсов, особенно уже упомянутых энергоносителей, пищевых продуктов и пресной воды, дефицит которых начнет реально ощущаться уже в XXI веке. В связи чем основной может стать стратегия выживания стран и народов, возможности для реализации которой у большей части населения планеты весьма ограничены. При этом гуманитарные аспекты сохранятся либо в форме деклараций, либо вообще упразднятся (а ведущим императивом станет глобальная и бескомпромиссная конкуренция).

Самостоятельное значение имеют такие факторы, как: нарушение баланса между частными (транснациональными) и государственными интересами (всех стран), отчасти «спекулятивный базис» современной мировой валюты, а также — хорошо известное из теории игр правило, что все объединяются против самого сильного игрока (появление новой денежной единицы — Евро — можно рассматривать в качестве варианта такого объединения, а связанное с этим формирование надгосударственной — частично национально обезличенной — европейской бюрократии требует самостоятельного анализа). Это, безусловно, не полный перечень противоречий.

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЦИВИЛИЗАЦИЙ

Является ли глобализация «новой цивилизацией» или манифестацией заката европейской? Это пока вопрос.

Предшествующие цивилизации развивались чрезвычайно медленно. Одной из причин этого являлась чрезвычайно низкая скорость распространения идей (и вообще информации), а также — скорость интроекции (то есть

принятия как своих собственных и незыблемых) этих (новых) идей популяцией [3, 7, 9, 10, 11]. Интроекция предполагает также «погружение» этих идей в бессознательное, где формируются преобладающие мотивы поведения человека и социума. В силу этого глобализационные процессы не могут рассматриваться без апелляции к новым технологиям воздействия на массовое сознание и бессознательное.

Развитие средств массовой информации будет последовательно способствовать модификации поведения как отдельных индивидуумов, так и больших масс людей (7), при этом воздействие на психику будет, скорее всего, принимать все более «интернациональный» характер, но не в обычном смысле этого слова, а в смысле последовательного преобладания наднациональных и надгосударственных потоков распространения информации, направленной на «размывание» традиционных стереотипов поведения и отношений, включая суверенные проблемы государств, не входящих в число лидеров глобализации.

Глобализация вызовет модификацию не только поведения, но и форм государственной власти, тем более что все существующие ее модели, включая демократию, безнадежно устарели и именно поэтому так массово подвергаются несанкционированной «коррекции» практически во всех (самых демократичных) странах.

В целом, как отмечалось рядом экспертов, мы приближаемся к смене парадигмы развития, и эта смена, скорее всего, будет осуществляться чрезвычайно болезненно и нецивилизованно.

## «НОВЫЕ» АСПЕКТЫ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

### Информационные аспекты

Как показывает современная практика, информация становится сырьем, подвергающимся все более высокотехнологической обработке. При этом ранее существовав-

шая культура, которая, по сути, манифестируется и существует в рамках коммуникативных процессов, постепенно утрачивается и замещается символическим отражением объективной и виртуальной реальности [1].

### Гуманитарные аспекты

Практически все предшествующие эпохи опирались на реальные или иллюзорные гуманитарные концепции. В некотором смысле гуманизм был стрежнем развития европейской цивилизации. Поддержка слабых, забота о сирых и убогих, борьба за справедливость, равенство и братство наполняли человечество духовными силами, даже несмотря на то, что осуществление этих гуманитарных проектов часто граничило с расточительностью огромных человеческих и иных ресурсов и нерациональностью. Глобализация, скорее всего, в первую очередь подвергнет сомнению именно эти аспекты поведения и именно такие (гуманитарные) проекты [12].

Современные достижения в сфере духовной жизни не могут быть сформулированы в терминах технических систем и уже поэтому чужды глобализации. При этом одновременно с кризисом гуманитарных идей будут ставиться под сомнения традиционные понятия смысла жизни, духовных ценностей и веры, которые входят в число важнейших механизмов «социальной механики» — системы власти и управления.

### Эмоциональные аспекты

Смысл жизни, цель жизни, и ценности жизни (как стержневые структуры бытия) подвергнутся переосмыслению и деформации, точнее — их трансформация и утрата уже сейчас стали «глобальными» проблемами практически во всех развитых странах мира.

Поиск ощущений и удовольствий (положительных или условно положительных), как заместителей утрачен-

ного смысла, приведет к новому витку преступности, наркоманий, алкоголизма и насилия, а также развитию так называемых «экстремальных» видов «отдыха» и «развлечений», которые уже сейчас заявили о себе в «полный голос». Самостоятельным направлением станет «индустрия страха», призванная показать, что все происходящее в реальной жизни менее страшно.

### Психологические аспекты

Все еще весьма трудно представимые для большинства населения планеты высокие технологии («High-Tech») — это отчасти уже вчерашний день. «Передний край» наступающей глобализации последовательно смещается в область нейрокомпьютерной и генной инженерии [12], при этом приоритетными для обеих сфер являются разработки нейрокомпьютерных технологий и технологий воздействия на общественное и индивидуальное сознание («High-Hume»).

Подойдя к некоторому пределу возможностей воздействия на окружающий мир и использования его ресурсов, а также — некой границе его познания с помощью точных наук, ведущие умы человечества обратились к еще менее познанным процессам сознания и подсознания. При этом целью современных разработок является не столько познание этих процессов, сколько создание методов и технологий воздействия на них.

### Психиатрические аспекты

Психиатрические и психотерапевтические аспекты проблемы пока даже не осмысливались. Предварительные оценки позволяют предполагать, что в силу безусловных эмоционально-психологических аспектов глобализма, а также кризиса гуманитарных ценностей во всем мире следует ожидать роста психопатологии, особенно депрессивно-агрессивного, фобического и шизоидного

«регистра». В среднем, прогнозируемый рост составит, по разным оценкам, от 50% до 150% в каждые последующие 50 лет. Этот рост будет достаточно асимметричным, но в равной степени затронет как аутсайдеров, так и население стран — лидеров глобализации, чувство вины которого (за случайную принадлежность к «золотому миллиарду») уже сейчас проявляется в мощной волне антиглобализма, пока преимущественно деструктивной и левоэкстремистской направленности. Но цивилизованный антиглобализм уже существует.

### Социально-экономические аспекты

Возможности «срочного» перемещения мобильных капиталов в любую страну, где есть реальные условия для получения сверхприбылей, и столь же быстрый уход с «использованной территории», безусловно, будут провоцировать рост социальной напряженности во всем мире. Более того, в силу изложенного выше социальный прогресс в конкретных обществах (странах) будет все более утрачивать смыслообразующий вектор, национально-культурную идентичность и динамику. «Расцвет» глобализации в нескольких странах будет сопровождаться чередой глобальных энергетических, экономических, экологических и — в перспективе — продовольственных кризисов на самых обширных территориях. Это самый мрачный аспект проблемы, о котором даже не хочется писать, ввиду его очевидности.

## ЛИДЕР ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Обращаясь к проблеме лидера глобализации, следует выделить два исторических периода: до 11 сентября 2001 года и после.

Безусловным лидером глобализации являются США, которые внесли в этот объективный процесс значительный «субъективный» фактор. При этом главным являет-

ся не экономический и военный потенциал США (безусловно, имеющий чрезвычайно важное значение), а интеллектуальный (к этому тезису мы еще вернемся).

Одним из ведущих принципов американской внешней политики на протяжении всего XX века являлось и продолжает оставаться «поддержание нестабильности», при этом не только в развивающихся странах, но и (гораздо более изощренно) — в регионах интересов своих стратегических союзников (например, в Западной Европе).

Вторым, не всегда достаточно очевидным принципом политики США является всегда довлеющая установка на то, что проблемы остального мира должны качественно превосходить проблемы американской экономики и общества.

Эта стратегия «прагматического эгоизма» вовсе не основана на неком злом умысле, а является составной частью ментальности большинства населения США, отношение которого к мировым проблемам определяется, по сути, только одним фактором: затрагивают или не затрагивают они интересы США? Как заявил недавно госсекретарь США К. Пауэлл при обсуждении проекта войны против Ирака: «Даже если наши союзники не согласны, мы будем делать то, что отвечает нашим интересам». В сформировавшемся после распада СССР униполярном мире Америке больше не нужны союзники. Надолго ли?

Другим неочевидным «новшеством» американской политики является систематическая апелляция к гуманитарным ценностям, носящая в ряде случаев сугубо декларативный характер, в сочетании с пренебрежением и постоянным манипулированием этими ценностями с помощью хорошо отработанных информационных технологий. Характерной особенностью является то, что эти технологии ориентированы в первую очередь на общест-

венное мнение национальной элиты США, которая затем «слепо транслирует» их (без специальных затрат). Следует отметить, что в соответствии с западными пособиями по политической пропаганде, успешная военная операция рассматривается как один из вариантов последней.

Многие из современных западных информационных разработок США проводятся на стыке психологии, психиатрии и психоанализа, апеллируя к бессознательным мотивам и чувствам массовой аудитории, что позволяет легко исключить точность и адекватность их восприятия или придать то или иное (ситуационно выгодное) направление оценок реальной ситуации общественным мнением.

Фактор безусловного экономического и военно-стратегического доминирования в мире уже давно не является для рядового американца предметом какой бы то ни было дискуссии. Этот фактор на протяжении многих десятилетий подавался и широко пропагандировался как единственный залог личной безопасности каждого гражданина США (перед лицом внешнего врага — СССР). Разрушение образа этого внешнего врага значительно ослабило национальный дух, а этот (пока недооцениваемый в современной России) мировоззренческий фактор, неизбежно проецировался на состояние американской экономики и общества США. Терракт 11 сентября 2001 года оказал мощное мобилизующее влияние и способствовал как решению ряда стратегических проблем США, так и снятию с «повестки дня» их значительной части (особенно — во внутренней политике).

Апеллируя к материалам М. Делягина [2], перечислим лишь основные:

— в геополитике: поставленная (Западом) под сомнение после распада СССР необходимость всемирного военного доминирования США вновь получила веское

*и* долговременное оправдание; США вновь подтвердили свою особую роль главного защитника интересов их союзников, которые будут вынуждены («в обмен») ограничивать любые сколько-нибудь «антиамериканские» проекты и экономическую конкуренцию;

— в морально-политическом аспекте: получено право если не монополии, то во всяком случае индульгенции на определение (без доказательств, которые, как показывает опыт, могут быть отложены и найдены позднее): «Кто есть враг?» — при этом в отношении этого врага (человека, народа или страны) единоличным решением США приостанавливается действие международного права;

— в экономике: найдено веское оправдание структурного кризиса экономики США (который «оказался» не связанным с внутренними причинами); продемонстрирована устойчивость мировой экономики под руководством США и лидирующие позиции доллара; «автоматически» снижены обязательства государства по социальным программам; усилилось «бегство» капиталов из азиатского региона в США;

— во внутренней политике: достигнуто сплочение нации; объединение нации вокруг ранее не имевшего такой популярности президента; есть повод для «чистки» (в том числе этнической) во всех силовых структурах; есть возможность для усиления репрессивного аппарата государства и потенциального ограничения гражданских свобод;

— во внешней политике: появилась реальная причина для оправдания выхода из договора по ПРО и создания новых систем обороны, разработка которых имеет не столько военное значение, сколько станет важнейшим фактором поддержания технологического лидерства (уже не в отношении СССР или

России, а западноевропейских партнеров США и Китая).

## Основа американского лидерства

Основа этого лидерства носит сугубо прагматический и научно-обоснованный характер. Еще в 30-е годы, исходя из достижений психологической науки того времени, Конгресс США принял специальное постановление, суть которого сводилась к проведению специальной политики по привлечению в страну со всех континентов одаренной молодежи и научной элиты, независимо от национальности, расы и т. д., включая создание особых условий для того, чтобы они оставались в США.

В основу этого и ряда других постановление Конгресса США об одаренных детях и научной элите были положены основополагающие исследования, проведенные в XX веке. В частности, было установлено:

— количество людей, способных к формированию новых прорывных идей (в науке, культуре, управлении и т. д.) в любой национальной популяции весьма ограничено, и не превышает Э-5%[1];
— интеллектуальная элита общества формируется столетиями и тысячелетиями и является самовоспроизводящей и чрезвычайно хрупкой системой;
— интеллектуал—это особый, в определенной степени искусственный тип личности, для проявления которого именно в этом его качестве требуется ряд особых условий:

---

[1] Причем здесь нельзя путать человеческий и интеллектуальный потенциал — *5%* процентов потенциально способных делать новые открытия, создавать новые технологии, новые изобретения, шедевры литературы и искусства — это от качественно высокой и количественно широкой интеллектуальной элиты, а не от всего населения.

- наличие задатков (генетический фактор — абсолютное большинство интеллектуалов — прямые потомки столь же интеллектуальных родителей);
- максимально раннее (в 3-5 лет) погружение в высокоинтеллектуальную семейную или профессиональную среду определенной направленности (химия, физика, медицина, законотворчество и т. д.), что получило наименование фактора «специфически социального наследования»;
- максимально раннее (до 5-7 лет) выявление преобладающих способностей и склонностей, которые имеют свои периоды «манифестации» (если конкретная способность не была замечена и не было начато ее развитие в этот период, она может быть утрачена навсегда);
- наличие талантливых учителей (одаренный ребенок, погруженный в обычную образовательную среду, в большинстве случаев очень быстро усредняется и как талант утрачивается навсегда);
- для самораскрытия и проявления творческого потенциала одаренной личности весьма существенным способствующим фактором является отсутствие у нее (или ограждение ее от) озабоченности материальными и бытовыми проблемами;
- абсолютное большинство одаренных личностей отличаются высоким уровнем самоуважения, чрезмерно чувствительно к любым психотравмирующим факторам, аполитичны, не склонны к сотрудничеству (в том числе с коллегами, представителями власти и т. д.);
- значительная часть высокоодаренных личностей отличается специфической моральной динамичностью (отсутствием склонности следовать принятым

в обществе нормам и правилам, в том числе — в сфере сексуального поведения и т. д.).

Исходя из этих обоснованных положений, в США на протяжении почти 70 лет чрезвычайно активно работала система «приглашений» и обеспечения солидными грантами талантливых учащихся школ, стажеров, аспирантов и докторантов из зарубежных стран[1], государственная система выявления детей с «ранним умственным подъемом» (которые, как показали 40-летние исследования, в своих достижениях опережают сверстников на протяжении всей последующей жизни), государственная система школьного тестирования и создания специализированных колледжей (по важнейшим направлениями науки и техники) для особо одаренных детей (с полным и очень высоким государственным финансированием).

Самостоятельным фактором в стимуляции творческой активно научной элиты является эффективно действующее авторское право (и соответствующее ему вознаграждение).

## ГДЕ РОССИЯ ПРОИГРЫВАЕТ БОЛЬШЕ ВСЕГО?

### Интеллигенция и власть

Отношения интеллигенции и власти на протяжении всей истории российского государства, и особенно в течение двух последних столетий, по образному выражению Д. Лихачева [4], характеризовались некой «таинственностью». Но главным оставалось одно: власть с неизменной закономерностью уделяла внимание почти исключительно оппозиционной и послушной интеллигенции. Критически настроенная государственно-ориенти-

[1] Исключением на протяжении длительного периода был только СССР, значительно пострадавший от этой политики лишь в последние десять лет.

рованная интеллигенция всегда оставалась невостребованной. В связи с этим на протяжении практически всей истории России у нее не было просвещенного правящего класса. Пока здесь не произошло существенных перемен. И это имеет и может иметь далеко идущие последствия. Исход культурной и научной элиты из России начался задолго до Октябрьского переворота. Герцен, Сеченов, Брюллов, Тургенев, Сикорский — лишь наиболее известные имена. Затем были «ленинские пароходы», сталинские репрессии, хрущевская «оттепель», горбачевская «перестройка», сопровождавшиеся массовой утратой научной и культурной элиты. Этот «исход» пока не имеет тенденций к снижению. Только за последнее десятилетие из России выехало более 200 тысяч ученых, и пока нет никакой социальной политики для предотвращения этой губительной для страны тенденции.

Мы можем обогнать весь мир по количеству компьютеров, как раньше были впереди по танкам и ракетам, но это не даст качественных перемен в жизни общества: 80% изобретений и открытий мирового уровня, так же как и 80% нобелевских лауреатов будут по-прежнему в США, где действует принципиально иной и финансовый, и, прежде всего,социально-психологический климат для интеллектуалов.

К этому следует добавить, что именно интеллектуалы (а не столь популярная в России ныне артистическая элита) создают нравственные модели поведения и социальные образцы для подражания. Они же являются катализаторами общественного оптимизма и доверия к наличной власти. Поэтому общество, утрачивающее свою интеллектуальную элиту, безусловно может быть отнесено к реально или потенциально депрессивным. А попытки преодолеть экономическую депрессию, опираясь на депрессивное общество, следовало бы признать малопродуктивным занятием.

# ЛИТЕРАТУРА

1. *Голофаст В.* Глобальное и локальное как контексты и как контрасты // Телескоп, № Г2002. С. 2-8.
2. *Делягин М.* 11 сентября 2001 года: завершение формирования постсоветского мира // В сб.: Глобализация: варианты для России. Материалы круглого стола. СПб.: РосБалт, 2001. С. 38-49.
3. *Лебон Г.* Роль идей в развитии цивилизаций //В кн.: Психология масс и народов. СПб.: Макет, 1995. С. 106-138.
4. *Лихачев Д.* Знание и диктатура // Психоаналитический Вестник, № Г1999. С. 149-161.
5. *Малашхия Г.* Тенденция гуманизации и дегуманизации экономики / Под ред. Б. Маркова, Ю. Солонина, В. Парцвания // В сб. Отчуждение человека в перспективе глобализации мира. Вып. I. СПб.: Петрополис, 2001. С. 87-99.
6. *Марков Б.* Человек и глобализация мира / Под ред. Б. Маркова, Ю. Солонина, В. Парцвания // В сб. Отчуждение человека в перспективе глобализации мира. Вып. I. СПб.: Петрополис, 2001. С. 100—122.
7. *Московичи С.* Век толп. Исторический трактат по психологии масс. М.: Центр психологии и психотерапии, 1996.
8. *Решетников М.* Исламское противостояние и проблема терроризма // Вестник Психоанализа, № 2’2001. С. 172-185.
9. *Сорос Дж.* Тезисы о глобализации // Вестник Европы, № 2’2001. С. 38-49
10. *Фрейд 3.* Массовая психология и анализ человеческого «Я» // В кн.: Фрейд 3. По ту сторону принципа удовольствия. М.: Прогресс, 1992. С. 256-324.
11. *Эко У.* Несколько сценариев глобальной войны. http://anthropology.ru/ru/texts/eco/global_war.html
12. *Юрьев А.* Глобализация как новая форма политической власти // В сб.: Глобализация: варианты для России. Материалы круглого стола. СПб.: РосБалт, 2001. С. 38 -49.

## Глава 2

# ИСЛАМСКОЕ ПРОТИВОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМА ТЕРРОРИЗМА[1]

Часть 1. ФЕНОМЕН ТЕРРОРИЗМА

### Введение

Предлагаемый материал посвящен одной из актуальных проблем современной геополитики, в частности — проблеме взаимоотношений арабского мира и европейской цивилизации. При этом арабская проблема ставится авторами в несколько нетрадиционном дискурсе, и позволяет предполагать необходимость пересмотра основных способов постановки и решения актуальных вопросов взаимоотношений с исламским миром.

Первая публикация этого материала, когда весь цивилизованный мир, за исключением значительной части мусульманского, с сочувствием и болью наблюдал за последствиями событий в США, была, возможно, несколько преждевременной, но ряд специалистов, наоборот, считал такую публикацию чрезвычайно актуальной.

Материал опирается на консультации с рядом видных европейских и американских специалистов, которые согласились с автором, что в настоящее время было бы неверно сосредоточить все внимание только на ситуационно выигрышном феномене терроризма, а следует взгля-

---

[1] Этот аналитический материал был подготовлен в сентябре 2001 года и опубликован ведущими СМИ Москвы и Санкт-Петербурга в октябре того же года.

нуть на проблему арабов как «других», которые долгие годы были своеобразной «игрушкой» в руках западных цивилизаций, сверхдержав и их спецслужб. Так, даже по мнению ряда американских экспертов, трагические события 11 сентября 2001 года отчасти являются «естественным следствием» предшествующих подходов США к политике в отношении арабских стран.

Предпринимаемая попытка осмысления не предполагает строго научного доказательства. Значительная часть проблем только формулируется или ставится, но сама постановка таких проблем имеет самостоятельное и чрезвычайно важное значение. Некоторые идеи и даже разделы имеют противоречивый характер, но нередко это отражает реальную одновременность и значимость этих противоречий.

### Две тенденции современного вооруженного противостояния

Одной из особенностей современной эпохи межгосударственных и межнациональных отношений является две основные тенденции. Первая из них заключается в том, что в сфере вооруженного противостояния явно наблюдается сдвиг в сторону все более частого возникновения локальных конфликтов с использованием «ограниченных контингентов войск» и осознание бесперспективности массовых вооруженных столкновений (стран и народов). В силу этого решающими факторами современных вооруженных конфликтов становятся небольшие по составу, но превосходно физически и психологически подготовленные, хорошо вооруженные и технически оснащенные спецподразделения, как правило, действующие при постоянной поддержке соответствующих спецслужб. Судя по всему, это тенденция в ближайшее время получит свое дальнейшее развитие.

Второй тенденцией является то очевидное обстоятельство, что современные войны и вооруженные противостояния приобретают все более затяжной характер, требуя значительных материальных ресурсов. Если обе мировые войны XX века длились не более шести лет, то последующие (современные) вооруженные конфликты растягиваются на десятилетия (Вьетнам, Афганистан, Ближний Восток и т. д.). При этом их исход нередко характеризуется специфическим феноменом «ни мира — ни войны».

### Условия существования террористических организаций

Одним из проявлений особенностей современного вооруженного противостояния является международный терроризм. Длительному существованию феномена современного терроризма способствует ряд объективных факторов и обстоятельств, которые можно было бы попытаться классифицировать.

1) Заинтересованность некоторых влиятельных политических кругов и держав в существовании терроризма и использовании его в своих политических целях.

2) Вытекающее из первого — качественное материально-техническое снабжение и стабильное финансирование. Отчасти успех любой террористической акции в значительной степени зависит от поддержки той или иной страны или крупной международной организации. Вспомним, например, что Ближний Восток долгие годы был полем «холодной войны», где США активно противодействовали столь же активной экспансии СССР, и обе сверхдержавы не жалели сил и средств для поддержки и организации противоборства.

3) Обеспечение высокой военно-технической, теоретической и тактической подготовки террористов, кото-

рая обычно проводится в специальных лагерях и базах на территории (заинтересованных) зарубежных государств или даже на территории стран — участниц конфликта, в последних случаях при безусловном попустительстве (или с ведома) их собственных спецслужб (примеры также хорошо известны).

4) Предоставление террористам надежных убежищ и обеспечение функционирования ряда мест их постоянной дислокации. Здесь можно было бы упомянуть базы афганских мождахедов в Пакистане и даже убежище членов «Фракции Красной Армии» на территории бывшей ГДР.

5) Мощное идеологическое (включая религиозно-фанатическое) и политическое обеспечение деятельности террористов. Именно посредством возвышенных мотивов, религиозных установок и эффектных вооруженных акций террористические организации привлекают новое пополнение (финансовая сторона вопроса, безусловно, существенна, но не является ведущей).

6) Все более явное слияние терроризма с наркобизнесом, при безусловной ориентации на европейские и североамериканские рынки сбыта, при этом цель наркотического «порабощения» Европы и Америки уже давно никем не скрывается. Наркобизнес уже десятки лет является основным источником финансирования афганских моджахедов, таких организаций, как «Хезболлах», «Тигров освобождения Тамил Ислама» и др.

7) Менее явное, но, безусловно, присутствующие взаимодействие террористических организаций с ведущими международными корпорациями, финансово-промышленными группами и спецслужбами ведущих стран мира.

8) Упомянутая в пунктах 6 и 7 система «самофинансирования» различных террористических групп и движений должна быть дополнена еще несколькими аспектами. В первую очередь их активной «экспансией» на «криминальную среду», которая не в силах конкурировать с хорошо подготовленными, идеологически консолидированными и прекрасно вооруженными «оппонентами», которые легко вытесняют «бытовой» криминалитет из традиционных сфер его деятельности. В дополнение к уже упомянутому наркобизнесу здесь следует назвать такие высокодоходные сферы, как торговля оружием, игорный и алкогольный бизнес, а также проституция.
9) Особый фактор, пока еще очень мало учитываемый: публичность, зрелищность и обеспечение непременного участия СМИ стали обязательными условиями проведения любой террористической акции в последние годы. Вообще взаимодействие СМИ и террористов требует самостоятельного изучения.
10) Символичность и персонифицированность основных террористических актов. По мнению одного из лидеров радикального крыла Народного Фронта Освобождения Палестины, убийство одного (известного) человека в мирной обстановке (с точки зрения их задач) более эффективно, чем ликвидация сотни солдат в ходе сражения. К идее символичности (в том числе — применительно к Мировому Торговому Центру) мы еще вернемся.
11) Постоянное присутствие в качестве важнейшего императива идеи консолидации всех мусульман, где бы они не жили и гражданами какой бы страны они не являлись. В более простом виде эта идея декларируется как «Священная война», предполагающая противопоставление арабов всему остальному миру, что

в силу специфических популяционных и миграционных процессов создает уникальную возможность для экспорта терроризма в любую страну или за океан без существенных трудностей.

Это, безусловно, далеко не полный перечень всех факторов, но противодействие терроризму предполагает осуществление такового по всем упомянутым направлениям.

## Возникновение современного терроризма

Существует один немаловажный исторический парадокс — первое террористическое движение на Ближнем Востоке было создано теми, кто сейчас больше других нуждается в защите от него. В свое время израильские спецслужбы сформировали первые современные террористические организации и группы для борьбы против англичан в Палестине. Эти факты хорошо известны, в том числе в арабском мире, так же как и сведения о совершенных тогда множестве террористических акций. Практикуемый спецслужбами Израиля до настоящего времени так называемый «превентивный антитерроризм»[1], также вряд ли может быть отнесен к цивилизованным или правовым формам государственной или межгосударственной деятельности. Результаты такой деятельности Израиля неоднозначны: он является одним из основных объектов террористических актов, а израильские специалисты считаются лучшими экспертами по борьбе с терроризмом (у них есть соответствующий опыт).

Мощная материальная и финансовая база и, как правило, негласная государственная поддержка,

[1] Имеется в виду уничтожение потенциальных террористов при получении сведений о планирующихся или обсуждаемых в перспективе терактах без суда и следствия. Доказательность таких сведений всегда является гипотетической, а они сами могут использоваться как в интересах решения частных проблем, так и в силу необходимости обоснования самого существования таких спецслужб и подразделений.

которые уже упоминались, составляют главное отличие современного терроризма от его исторических аналогов.

## Причины возникновения терроризма в его современном виде

Все войны и вооруженные конфликты, как известно, возникают по нескольким традиционным основаниям: борьба за власть, влияние, территорию, источники сырья или рынки сбыта (или их перераспределение), а также отстаивание национальных и культурных приоритетов, включая вопросы национально-культурной и религиозной государственности и идентичности. По силе воздействия на консолидацию масс (наций и народов) последние факторы имеют первостепенное значение.

## Какова специфика этих процессов в современных условиях?

Во-первых — это невозможность для некоторых стран вести военные действия традиционным способом (в частности, с сопредельными государствами и мировыми лидерами — причины достаточно очевидны и не требуют специального обоснования).

Применительно к конкретной ситуации можно упомянуть, что большинство арабских стран не обладают адекватной военной организацией и не могут противостоять современным армиям западных государств, что наглядно продемонстрировали «дистанционные краткосрочные войны» XX века («Шестидневная война», «Буря в пустыне»). Но при этом некоторые из арабских стран обладают серьезным экономическим потенциалом, базирующимся в основном на запасах нефти. Этот экономический потенциал будет, безусловно, расти, так же как и амбиции все более активно — количественно и качественно — развивающегося арабского мира. Но пока в наличии есть средства, но

нет возможностей. Это требует серьезного переосмысления в долговременной геополитической перспективе.

Во-вторых. В терроризме, как уже частично упоминалось, были и продолжают быть заинтересованными конкретные политические лидеры и руководители некоторых режимов и государств, которые уже не раз прибегали к использованию террористических организаций в качестве инструмента своей (тайной) политической деятельности, в первую очередь — для дестабилизации враждебных или сомнительных режимов.

Характерно, что обычно такая «дестабилизация» сопровождалась всеобъемлющей информационной поддержкой «независимых» и государственных СМИ, облекаемой в форму содействия национально-освободительным или национально-охранительным движениям. Например, со стороны СССР — на Ближнем Востоке, в Восточной Европе, Азии и Африке, а также — на Кубе, со стороны США — в Европе, Латинской Америке и т. д.

И это не было «советским» или американским изобретением. Так, например, еще в прошлом веке спецслужбы Великобритании активно поддерживали басмаческое движение в Средней Азии. Здесь же уместно вспомнить знаменитый «ирангейт», когда ЦРУ на деньги, вырученные от продажи оружия Ирану, финансировало движения «контрас» в Никарагуа, члены которого вели вооруженную борьбу против своего правительства. В 70-80-е годы Израиль активно и, разумеется, тайно поддерживал арабских фундаменталистов из «Исламского движения сопротивления» и «Хамаза», в надежде, что последние помогут справиться им с левым крылом Организации Освобождения Палестины. Те вначале вроде бы выполняли свои «обязательства», но затем переключились на Израиль. Следующий пример — «Джихад» в Афганистане, куда ЦРУ вложило около 3 млрд долларов, и, как было недавно признано — это, вне сомнения, была крупнейшая

со времен Второй Мировой войны операция спецслужб США и Великобритании. После вывода советских войск из Афганистана США активно помогали талибам в их борьбе против правительства Рабани и так называемого «Северного альянса». Сейчас США готовятся если не к войне, то, во всяком случае, к массированным военным действиям против тех же талибов. Психологические составляющие и последствия такой (мягко говоря, непоследовательной) политики будут рассмотрены ниже.

Эта политика сейчас только начинает пересматриваться. Но то, что события 11 сентября здесь что-то качественно или быстро изменят, представляется весьма сомнительным.

## Проблемы борьбы с терроризмом

Основная проблема борьбы с терроризмом заключается в том, что до настоящего времени она, в качестве таковой, строго говоря — не очень ставилась. Косвенным свидетельством этого является то, что международное сообщество на протяжении 15 лет не могло дать четкого и ясного определения: что такое терроризм и террористический акт?

Как известно, в 1986 году ООН уже приняла резолюцию, согласно которой все террористические акты объявлялись преступлением, но в этой резолюции отсутствовало само определение террористического акта.

Сейчас уже никто не отрицает необходимость консолидированных усилий всего международного сообщества. При этом совершенно справедливо подчеркивается, что «терроризм давно стал интернациональным и обезличенным», что он «не имеет своего лица или нации». Это очень важная констатация, но все-таки она имеет определенную декларативность, так как мы не можем отрицать, что наряду с «просто терроризмом» есть очень специфический «арабский терроризм». Попытка вскрыть причины этой специфической «национальной окраски» будет предпринята ниже.

Сейчас же было бы важно понять и признать, что именно международное согласие, а если быть еще более точным — отсутствие такового, будет главным препятствием для разработки международных антитеррористических актов и акций. Причина многомерна хотя бы потому, что для некоторых (далеко не единичных) государств признать существование подобных документов, принятых международным сообществом, будет означать расписаться в собственной неблаговидной деятельности. Здесь, безусловно, будет нужен определенный компромисс относительно предшествующего периода, позволяющий некоторым странам и их руководителям «сохранить свое лицо».

Вторым существенным аспектом международного правового решения проблемы, вне всякого сомнения, станет сугубо политический (и для многих стран — сугубо ситуационный) вопрос: где грань между акциями «городских партизан» или представителей тех или иных национально-освободительных движений и террористическими актами экстремистских групп правого или левого (партийного, религиозного или иного) толка? Достаточно вспомнить «рейд Басаева» и события в Буденновске. В России это оценивалось как террористическая акция, сам Басаев именовал ее «диверсионным рейдом в тыл противника», мировое (в том числе цивилизованное) сообщество заняло, как известно, весьма неоднозначную позицию. И это при том, что здесь было абсолютно очевидным нарушение всех международных норм и правил, ибо даже во время полномасштабной войны сохраняются различия между уничтожением противника на поле боя и убийством мирных граждан или расстрелом безоружных пленных.

Есть ощущение, что, несмотря на трагические событие, пока еще не воспринято в полной мере то, что ислам-

ские фундаменталисты заявляют во всеуслышание: они борются против национальных и религиозных притеснений *и будут использовать для этого любые доступные им возможности и средства.* К первой (не выделенной) части этого тезиса будет целесообразно еще раз вернуться, так как это не совсем так (а возможно, и совсем не так).

Терроризм, безусловно, должен нести ответственность за свои преступления. Безусловно, необходимы четкие определения того, что есть террористическая деятельности и осуждение стран, которые прямо или косвенно финансируют, готовят, скрывают или даже просто «покрывают» террористов. Необходимо новое международное право в области регулирования военных действий и конфликтов. Старые нормы и правила, сложившиеся в послевоенный период, уже не соответствуют реалиям современного мира, в практику которого в последние десятилетия уже прочно вошло новое понятие «неконвенциональной войны».

Сейчас, после «американской трагедии», мировое сообщество как никогда ранее могло бы инициировать новую постановку и новые подходы к решению этих вопросов.

Но за решительными и жесткими действиями операции возмездия и, скорее всего, последующими ответными акциями этот момент и этот императив могут быть упущены (на многие годы).

## Часть 2. ГЕОПОЛИТИКА И ИСЛАМСКАЯ ПРОБЛЕМА (ПОПЫТКА ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АРАБСКОГО МИРА)

Стоит все-таки надеяться, что пройдет немного времени и после завершения операции возмездия наступит период для более спокойного и более глубокого изучения и анализа современной ситуации в мире.

Предваряя изложенное ниже, нужно сразу отметить, что здесь нет ни малейшей попытки оправдать терроризм. Но наша многолетняя практика (в том числе участие в ряде международных комиссий по национальному примирению) много раз предлагала ситуации, когда нужно было стать на позицию или даже принять на какое-то время (как свою собственную) точку зрения оппонента и взглянуть (в том числе на самого себя) его глазами.

## Совсем немного статистики[1]

В современном мире живет около 60% представителей арабско-азиатской цивилизации и около 21% европейской. Лишь около 30% населения Земли являются белыми, а 70% — нет. Примерное такое же соотношение всех христиан и представителей других конфессий (30% к 70%), среди которых безусловным идеологическим лидером является Ислам. По прогнозам демографов, социологов и геополитиков, в XXI веке это соотношение будет интенсивно меняться с сохранением тенденции к росту арабского мира и его единства на основе осознания общности интересов и проблем (при этом религиозное единство, как своеобразный политический фактор, может быть более лабильным).

## Об арабской экспансии

В последние десятилетия во всем мире все чаще звучат тезисы об «исламском наступлении» и «арабской экспансии» в Европу и Америку. Тревогу по поводу постоянного роста числа граждан — «неевропейцев» можно обнаружить и в Париже, и в Лондоне, и в нейтральном Стокгольме, и в США, и в России. Может быть, стоило бы задуматься — почему эти характеристики имеют такой «фронтовой» характер: «наступление», «экспансия»?

---

[1] Автор не имеет абсолютно точных данных, но в целом отличие от реальной ситуации не превышает погрешности в 1-3 %.

Почему межнациональные конфликты возникают и с такой закономерностью повторяются в таких, казалось бы, мало сопоставимых регионах мира — на Ближнем Востоке, в Югославии, на постсоветском Кавказе... Почему «вдруг» у терроризма появилось почти исключительно арабское (или точнее — исламское) лицо?

Может быть, стоило бы признать, что речь идет о столкновении двух цивилизаций? У одной из которых нет (пока нет!) возможности открыто противостоять лидирующей (европейской), например, в традиционных формах политического или военного давления, но уже есть финансовые возможности, ресурсы и амбиции заявить о своих претензиях. Не является ли все более фанатичный исламский фундаментализм, усиленно культивирующий пренебрежение к смерти и нетерпимость к иноверцам, лишь фасадным проявлением неких более глубоких процессов?

И еще один не менее важный вопрос: будут ли военные, полицейские и иные меры устрашения и подавления, которые, безусловно, потребуют миллиардных затрат, эффективными?

Вероятно, скорее всего, будут, ибо уважение к силе составляет одну из архетипических характеристик исламского менталитета. Но будет ли это эффективным в долгосрочной (исторической) перспективе?

Даже если исходить из циничного тезиса о том, что экологический планетарный кризис в первую очередь коснется популяции развивающихся стран, арабское население Европы и Америки, безусловно, будет прогрессивно расти.

Может быть, мы все еще пытаемся анализировать, безусловно, ужасающие любого здравомыслящего человека, но — следствия? А причины остаются ускользающими от нашего внимания или даже более того: мы не хотим их видеть?

Может быть, стоило бы признать, что все эти конфликты являются результатом различий и даже несопоставимости представлений о том, что есть справедливость и прогресс (в европейской и арабской культуре)? Убийство позволительно только в отношении тех, кого не считаешь людьми... Для подобных (находящихся вне запретов культуры ситуаций) обычно изобретаются или стихийно входят в язык специальные определения типа «нацист», «фашист»... Неужели в исламском фундаментализме такой же оттенок приобрело слово «иноверец», «европеец» или «американец»? Почему они нас так ненавидят?

А любим ли мы (европейцы) их? Так ли уж искренни наши подходы к ним, наши оценки их повседневности, культуры, обычаев, религиозных взглядов и ...наши мирные инициативы? Является ли вообще «любовь» политической категорией?

Может быть, нам стоило бы чаще вспоминать о десятилетиях косвенной колонизации, притеснений, преследований и блокад полунищих стран и народов, в том числе за неприемлемое для нас — европейцев (или считающих себя таковыми) — инакомыслие, которое не могло не спровоцировать ненависть и насилие? Действие рождает противодействие.

### Что происходит с евроцентризмом?

Обратимся к нашему времени. Евроцентризм и (его преемник) америкоцентризм во взглядах на то, что есть прогресс и цивилизация, в стиле мышления, политике и, соответственно, современных моделях мирных инициатив остаются преобладающими и... традиционно европейскими. И, в общем-то, неудивительно, что эти «мирные инициативы» остаются неприемлемыми для народов Азии, Ближнего Востока и Кавказа.

Для всего мира, который мы (отчасти нарциссически) привыкли именовать цивилизованным, приемлемы, а для них — нет? Почему? Потому что это немного, а, скорее, даже качественно иная цивилизация. Они вообще — другие: другая культура, иная традиция, непонятная для нас символика и ментальность (которая в первую очередь определяет преобладающие способы постановки и решения всех вопросов и задач — от бытовой повседневности до глобально политических).

На вопрос, вынесенный в заголовок, здесь нет ответа (есть только вопрос). Уже хотя бы потому, что те же европейские мирные инициативы (неприемлемые для воинствующих исламистов) одновременно оказываются приемлемыми для других неевропейских (качественно иных) цивилизаций, также переживших столетия колонизации и притеснений. Например, Индия или Китай. Но и их позиция пока не очень очевидна, и по историческим меркам, упоминаемые периоды притеснений: для них — как представляется со стороны, это все-таки то, что было уже «давно». И с тех пор мир существенно изменился. Что именно изменилось? Все ли эти изменения учтены? Не устарел ли традиционный (прежде всего политический) евроцентризм? Одинаково ли отношение к прошлым историческим «недоразумениям» и «естественным» (для давних времен) ситуациям обидчиков и обиженных? Что есть давнее, а что — нет для конкретных народов? Как это проецируется на все прошлое, и еще важнее — на перспективное будущее?

Совсем недавно в выступлении одного из политологов на радио прозвучало примерно следующее: «Если мы (европейская цивилизация) хотим сохранить наше лидирующее положение, нам следовало бы пересмотреть западные стандарты и способы разрешения конфликтов в отношении арабских стран...». Ключевой фразой здесь

было, безусловно: «Если мы хотим...». Но, как представляется, это нужно делать в любом случае, и без всяческих ссылок на желание «сохранить лидирующее положение». Потому что, если это не будет осознано, как то, что «нужно сделать», это проблема все равно появится, но уже в варианте того, что «придется делать». А это, как хорошо понимают политики, качественно иная моральная и нравственная ситуация.

### Историческая перспектива

В исторической перспективе (примерно через 100 лет), хотя здесь все и достаточно зыбко, и весьма дискуссионно — европейцы будут составлять лишь около 10—15% популяции планеты. Представляется крайне маловероятным, что к этому периоду столь же определяющими (в глобальном масштабе) останутся все те же полузакрытые «клубы лидеров» (семерок или восьмерок — второй смысл последнего термина хорошо известен велосипедистам и упоминается здесь не случайно). Не оказались ли мы в некоторой степени заложниками и не запутались ли слегка в экономических и политических системах двойных стандартов для сверхдержав и развивающихся стран? Не окажется ли однажды, что 90% населения планеты живет в уже упомянутых, все более густонаселенных, странах или — того хуже — в «странах-изгоях»?

Стоит ли об этом подумать? Какие здесь возможны решения? Одно из них недавно высказал мой знакомый — добродушнейший и бесхитростный человек: «А может быть, лучше бы “сделать их поменьше”?» И это не такая уж редкая или «свежая» идея...

Российские, европейские и американские академические институты и дипломатические ведомства, а также ведущие международные организации, включая ООН, разрабатывают и пытаются реализовать все более эффективные (на их взгляд) модели разрешения конфликтов в

обществах и государствах, надгосударственных и наднациональных сообществах, культура и традиции которых не только существенно отличаются, а нередко вообще не сопоставимы с культурой и традицией разработчиков. Это отчасти та же «хрущевская кукуруза» в Нечерноземье или акклиматизация апельсинов в Норильске.

Эффект этих разработок в значительной степени предсказуем, и наиболее вероятной или сравнимой моделью является результат законодательного запрета многоженства в Ингушетии. Запрет существует сам по себе, а повседневность — сама по себе. Такие запреты и принуждение[1] к следованию определенным моделям, безусловно, с некоторым полупрезрительным отношением и даже отвращением будут выполняться политической элитой (всегда — более зависимой), но не народом. При этом национальная мораль и ментальность всегда будут отчасти или совершенно несопоставимыми с официальной точкой зрения. Самый яркий пример: это печальный, по-европейски выражающий соболезнования американскому народу Ясир Арафат и — ликующий народ Палестины 11 сентября 2001 года...

Конечно, любой закон и право должно гарантироваться в том числе легитимным насилием со стороны государств или международных сообществ. Это их (и государств, и сообществ) — одна из основных функций. Но отношение (еще раз повторим) к легитимности этих функций требует изучения и новых подходов.

Упомянутое выше (с европейской точки зрения, кощунственное) ликование, как и сами трагические события 11 сентября, вне всякого сомнения, вызывало диаметрально противоположные чувства в Европе и Америке и

[1] Законодательно оформленные — внутри той или иной страны или основанные на силе и (не будем лукавить) постепенно утрачиваемом авторитете сверхдержав, в международном масштабе.

в арабском мире. И здесь мы снова сталкивается с различием «точек отсчета», оценок и точек зрения.

Ключевым является очень непростой вопрос: может ли вообще какой-либо народ принять негативную внешнюю оценку своей культуры и традиции (пусть даже косвенную, существующую только на бытовом уровне)? И даже если это удалось с тезисом об «империи зла», возможен ли тот же эффект от провозглашения «стран-изгоев», в каждой из которых есть еще и народ? Можно ли предсказать, как такой «народ-изгой», нередко — окруженный экономической и информационной блокадой, будет реагировать на угрожающе-увещевательные предложения отказаться от своей культуры и традиции, своих амбиций, от любви к своим лидерам, приверженности своим идеалам, а также тейпам, родовым кланам или племенам, от своих (нередко, малопонятных нам — европейцам) представлений о чести и достоинстве, мести и возмездии? Этот вопрос следовало бы повторить еще раз, но уже на фоне, безусловно, присущего некоторым из нынешних «изгоев» осознания собственной силы, большинства и растущей значимости в современном, в том числе евро-американском, мире.

Даже такое, казалось бы, по-европейски цивилизованное государство, как Израиль, в некотором смысле — со всех сторон окруженный врагами и функционирующий в условиях перманентной войны, не очень-то прислушивается к советам евро-американской дипломатии. Почему?

### Безусловно ли наше лидерство?

Осознавая свое безусловное лидерство в современной цивилизации, мы (европейцы), тем не менее, должны были бы признать, что пришли к началу XXI века со своим очень противоречивым и пока малоосмысленным историческим багажом и... с нарциссической уверенностью в

неизбывном желании «всего прогрессивного человечества» присоединения к нашей европейской культуре и ценностям. Так ли это на самом деле?

Если да, то почему тогда быстро растущее арабское население мировых столиц (Парижа и Лондона, Нью-Йорка и Стокгольма, и т. д.), резко сменив национальные одежды на европейский костюм и в срочном порядке приобщившись к техническим благам нашей цивилизации, не проявляет такой же поспешности в изменении структуры повседневности — обычаев, традиций и ритуалов, не поощряет смешанные браки, трепетно поддерживая родовые и семейные связи, сохраняя самобытность культуры и языка и связи со своими историческими родинами? Здесь мы еще раз возвращаемся к необходимости переосмысления того, что происходит в быстро растущем количественно и качественно и начинающем осознавать свою политическую и историческую перспективу арабском мире.

Американский коллега, с которым обсуждался этот материал, легко согласился с предыдущим абзацем, но заметил, что все это справедливо только для первого поколения выходцев из арабских стран. Второе поколение, по его мнению, — это уже типичные американцы. На вопрос: «Много ли у него знакомых среди арабов?», — ответ был: «Не очень». На второй вопрос: «Есть ли среди них у него друзья?» — ответ был еще более кратким: «Нет». И на третий: «Допускает ли он вероятность породниться с кем-либо из арабов, скажем, в результате брака его детей или внуков?» — ответ был: «Теоретически это возможно».

Как представляется, и в первом, и во втором поколении, где бы выходцы из арабских стран (в силу тех или иных причин) не жили, проблемы исламского мира никогда не будут для них внешними. И фактором, способствующим этому, будет наша (в чем-то по-европейски

снисходительная) «особая осторожность» в установлении контактов с этой частью граждан наших стран. Но чем дальше, тем больше они будут влиять и на оценку этих проблем, и на подходы к их разрешению, в том числе через законодательные органы, если только новая «гримаса демократии» не лишит растущее (и в перспективе — преобладающее) неевропейское население Европы и Америки права избирать и быть избранными.

## Возможен ли стабильный мир?

Что необходимо для установления стабильного мира на стыках исламской и не-исламских культур? Это очень большой и очень больной вопрос. Мир, который будет восприниматься как ущемление прав или наказание за причиненный ущерб или как результат вынужденного соглашения и повиновения под влиянием мощи стран-примирительниц или внешней угрозы, никогда не будет долгим. Самый яркий пример — Кэмп-Дэвидское соглашение (так и не получившее в общественном мнении иного понятийного статуса — только «соглашение»[1]). И это естественно, так как большинство арабов восприняли его как временную меру, основанную на соглашательской позиции (прозападных и проамериканских) правительственных структур своих стран и даже как предательство интересов арабов.

Самое главное, что при этом не был решен ключевой вопрос — как восстановить честь и достоинство обеих сторон? Как найти конструктивные принципы, которые обеими сторонами (точнее — народами, а не только их правительствами) оценивались бы в качестве справедливых и безусловно приемлемых?

В силу нерешенности этих ключевых вопросов, с точки зрения широких масс региона (в том числе — непра-

[1] Более близкий нам пример — Хасавюртское соглашение.

вительственных и даже неподконтрольных правительствам этих стран структур, коих огромное множество в арабском мире), и процедура, и исход упомянутого выше и иных соглашений о перемирии оценивались и оцениваются как нечто очень «западное», не апеллирующее к национальным интересам арабов и... не имеющее для них существенного значения.

Для большинства на Ближнем Востоке предлагавшиеся и предлагаемые программы разрешения конфликтов — не более чем отвлеченные схемы, придуманные кем-то в США или Европе, исходя из их (евро-американских) интересов и представлений (о том, что есть благо для, например, арабов).

В некоторых конфликтах посредниками выступали ближневосточные страны, но они также — так или иначе — всегда были вовлеченными в эти конфликты. В силу этого все более явно встает проблема незаинтересованной «третьей» мощной силы, которая не идентифицировалась бы ни с Западом, ни с Востоком. Что это может быть? Пока неизвестно, но требует исследования. Но это, как показывает предварительная оценка, скорее всего, будет уже не ООН в его нынешнем облике, которая даже в демократической России воспринимается большинством почти как сугубо американский институт.

Во всех подобных случаях также нужны аналитические исследования глубинных психологических корней того или иного (иногда в полном смысле — длящегося с добиблейских времен) конфликта, истоки которого не поддаются логическому объяснению или пониманию и требуют специальных исследований с использованием знаний об иррациональных аспектах индивидуального и группового поведения, а также мистическом содержании и смысле обычаев и ритуалов.

## Ограниченность западных моделей

Неприменимость западных моделей разрешения конфликтов в незападных странах становится все более очевидной. Специалисты в этой области все чаще вспоминают о необходимость учета национальных архетипов, установок, стереотипов эмоциональных реакций, специфики истории страны, особенностей национальной традиции и местных ритуалов разрешения конфликтов в арабо-исламских обществах.

У европейцев, например, нет традиции кровной мести, но примирение пострадавшей и виновной сторон при уголовном преследовании убийцы законодательно исключено. А во многих исламских странах такое примирение между семьей убитого и убийцей возможно и даже — нередко, включая обязательность совместной трапезы сторон после улаживания дела (без всякого суда и следствия). Характерно, что в таких ситуациях и ритуалах примирения в исламской культуре обязательна не только моральная и материальная компенсация (так называемые «кровные деньги») семье жертвы, но и защита чести и достоинства семьи убийцы.

Нам нужно было бы более серьезно изучать не только официальное арабское право (тяготеющее к просвещенному европейскому), но и традиционные схемы и ритуалы примирения в этих странах, включая такие, на первый взгляд, малозначимые вещи, как «традиционные символические словари» конкретных народов и вовлеченных в конфликты племен и тейпов, где все еще преобладают «частные варианты правосудия». Эти «варианты» и соответствующие им ритуалы находятся вне государственного контроля, но при этом они нередко даже негласно поощряются государством в отдаленных (и труднодоступных горных или пустынных) местностях, где контроль государства практически отсутству-

ет и существует почти первобытнообщинный патриархат и ориентация на традиционные религиозные ценности.

### Арабские граждане и страны

Вероятно, следовало бы принять как объективную реальность, что в большинстве арабских стран пока практически нет граждан в европейском понимании этого слова, не говоря уже о неком «гражданском обществе». То есть люди там не связаны между собой и с государством той или иной — легитимной и единой для всех — системой прав, обязанностей и обязательств. В тех или иных общинах такие правила устанавливаются племенными или религиозными лидерами, по собственному усмотрению и прецеденту, с учетом культурной и религиозной традиции, но никак не закона или — уж тем более — далекого как Луна международного права.

Более того, в ряде исламских государств можно найти множество примеров весьма вольной интерпретации законов собственной страны, что в целом естественно для обществ, разделенных на секты и племена. Ни для кого не секрет всепроникающая коррупция во многих, если не в почти всех из этих стран. И закон здесь (в индивидуальном сознании граждан) — это то, что имеет значение (или выгодно) только для могущественных и богатых, покровительство которых всегда может обеспечить его (закона) индивидуальное применение или даже неприменение, в силу асимметричных отношений между властными структурами «бесконечно далеких» арабских столиц и реальной власти местных лидеров в труднодоступных окраинных регионах.

Тенденция к «гомогенизации» и гуманизации международного права и законов в отдельных странах существует, но — как действующая и одинаково справедливая реальность — эта гомогенизация возможна только в рамках подобных культур. Надгосударственные структуры (типа

НАТО и даже ООН), деятельность которых органически вытекает из безусловного признания вышеупомянутой тенденции, обеспечивают более выигрышную ситуацию для частных интересов во-первых, стран-участников и, во-вторых, стран, относящихся к одной и той же или подобной (по-европейски гуманной и относительно гомогенной) культуре. Инокультурные здесь оказываются в явно дискриминационном положении. Таким образом, мы еще раз возвращаемся к уже многократно обозначенной рядом квалифицированных экспертов идее кросскультурных моделей применения законов и разрешения конфликтов.

Тем более что некоторые из арабских стран вообще выпадают из контекста типичных (европейских) представлений, так как эти исламские государства не являются ни «традиционными», ни «современными». Во многих из них, как уже упоминалось, вообще не может идти даже речь о каком бы то ни было гражданском обществе или диалоге. Патриархальность и почтение к старшим и власти (ближайшей власти) — их основной закон. Поэтому в ряде случаев правительства этих стран оказываются лишь весьма условно признаваемыми в качестве легитимных структур в тех или иных процедурах или соглашениях по конфликтным ситуациям, так как и устройство, и механизмы функционирования государств в арабских странах, мягко говоря, несколько иные.

В этой связи многими экспертами все чаще отмечается целесообразность более широкого включения негосударственных участников (включая религиозные группы и племенных и клановых лидеров), которые в некоторых из арабо-исламских стран являются не менее легитимными и влиятельными структурами, чем правительства этих стран.

## Процедура посредничества

В арабском мире качественно иная процедура посредничества и статус посредников, как правило, не имеющий аналога в современной европейской культуре. В некотором смысле, как не кощунственно это звучит, 11 сентября США, долгие годы претендовавшие на роль главного посредника в арабском мире и арабо-израильском конфликте, «пожали плоды» небеспристрастного, ненадежного, и небескорыстного посредничества. Традиционно европейская модель «кнута и пряника» и приоритет долговременных интересов над провозглашаемыми ситуационно (и перманентно изменяющимися) принципами и «дружбами» оказались порочными. Постконфликтный мир, воспринимающийся в основной массе населения этих стран как наказание или результат признания их вины в чем бы то ни было, скорее всего, никогда не будет принят и не будет надежным или сколько-нибудь длительным.

Чтобы стать более легитимными в глазах арабов, дипломаты-посредники должны занимать более нейтральную позицию, исходя из актуальных и исторически обусловленных потребностей всех сторон и их стремления к сохранению чувства самоуважению и безопасности.

Многие арабские мусульмане и даже христиане чувствуют, что их запросы не слышат или даже игнорируют. Постоянный вопрос в арабской политике сегодня — это: «Кто гарантирует установление мира?». Это ключевой вопрос. В последние годы преимущественно одна сверхдержава — США брала на себя роль «честного агента» и «посредника». Но общественное мнение в целом — на арабском Ближнем Востоке и даже в России — не очень уверено в том, что Соединенные Штаты являются беспристрастным и честным посредником.

Скорее всего, только сами США воспринимают себя одновременно и в роли главной стабилизирующей силы, и по-

средника. Нет ли здесь ошибок восприятия? Эта страна с ее экономическим потенциалом могла бы играть более значительную и исторически более перспективную роль, каковой (и более выигрышной в долгосрочной перспективе) представляется позиция активного помощника и партнера.

Россия (точнее — СССР) на протяжении длительного периода (холодной войны) была наиболее близка к этой роли (партнера). А сейчас?

Мы, безусловно, можем признать и согласиться с ведущими американскими политиками и экспертами, что США никогда не стремились к расширению своего влияния военным путем. Это было и не нужно, так как это делалось совершенно другими, с точки зрения США — цивилизованными, но не всегда абсолютно безупречными методами. Например, принцип свободы перемещения и миграции, который в первую очередь ориентирован на интеллектуальную, научную, культурную и профессиональную элиты, вне всякого сомнения носит явный протекционистский характер, так как действует преимущественно «в одном направлении» и пополняет золотой фонд интеллектуалов и генетический фонд наций и народов лишь одной или нескольких избранных стран.

### Американизация или исламизация?

Мы пока еще не успели осмыслить проблему американизации европейской культуры. Тем не менее, тревога по этому поводу высказывается с самым высоких трибун и в Москве, и в Париже, и в Риме. Но за этим скрывается более серьезная проблема: страх утраты групповой (в том числе национальной) идентичности. Такая же тревога (хотя пока и с меньшими основаниями) существует и в арабском мире.

Но мы пока не осознали, что кроме тревоги американизации у европейцев сейчас, возможно даже в большей мере, начинает проявляться тревога поглощения арабским населением. И то, что эта тревога пока не сформу-

лирована, еще больше усиливает ее фон и неочевидную роль в процессе любых оценочных суждений, установок и решений в отношении арабского мира.

Здесь также требуются новые идеи и подходы. Так как «американизация или исламизация» — это не единственный выход и есть другие альтернативы.

## «Преступные безумцы»

Они, несомненно, преступны, но они — не безумцы. И в этом так часто звучавшем после событий 11 сентября определении проявляется не столько попытка психиатрической диагностики или унижения, сколько выражение нашей неспособности или даже отказ от желания понять.

Попытаемся посмотреть на них незатуманенным ненавистью и презрением взглядом. Исламские террористы готовы умереть, чтобы убить тех, кого они считают своими врагами и врагами их Бога. Глядя на проблему с полуатеистических или умеренно религиозных позиций, мы можем высокомерно подозревать или даже почти быть уверенными, что их лидеры преследуют ничтожные или корыстные цели. Но мы должны подумать и о тысячах других. И в соответствии с российской военной традицией уважения к противнику мы не можем не признать, что их мужество безгранично, их самопожертвование — очевидно, так же как и их коварство.

Но мы видим также, что они готовы к любым преступлениям, в том числе в отношении невинных людей. Как это может сочетаться: мужество, самопожертвование и хладнокровное убийство невинных? Ответ не так очевиден, но он есть: для них (в их религиозно-фанатическом сознании) не бывает «невинных людей». С современной точки зрения — это ужасный анахронизм и средневековое варварство. Нам кажется, что XXI век — это уже не то время, когда уместны религиозные войны, «крестовые походы» и «священная инквизиция». Но это нам так кажется.

Мы называем их «маньяками», но это также неверно, так как их поведение совершенно осмысленно и даже логично, если учитывать их веру в те каноны и принципы Ислама, которые ими признаются в качестве единственно верных. Они основываются на таком толковании Корана, которое современные мусульмане не признают, но они — несовременные. И в силу непонимания этого, мы недооцениваем их и всю серьезность угрозы, которую они представляют.

## Противники цивилизации (проблема рядового террориста)

После 11 сентября исламский терроризм неоднократно характеризовался как противник «демократии», «враг свободы» или даже, почти по-советски, — враг «капитализма» и «мирового империализма». Это не совсем так.

В некоторых других случаях определения террористической акции в Нью-Йорке давались в еще более глобальном масштабе — это «атака на цивилизацию в целом». Такое толкование, как представляется, уводит нас еще дальше от истины.

Рядовой исламский террорист, скорее всего, даже не помышляет об этих дорогих нашему сознанию завоеваниях последних столетий, уже хотя бы потому, что сами эти слова ничего для него не значат. И хотя он чаще всего не знает понятия «цивилизация», он не ставит своей целью уничтожения ее как целого. Он нападает именно на нашу цивилизацию, а если быть еще более точным — на нашу современность, которую он ненавидит и боится и которую... презирает.

Ибо (если сместить точку зрения на противоположную) там, где мы видим государство с современной экономикой, свободой, равенством, терпимостью, процветанием, он видит безбожие, разврат, плутократию, пьянство, взяточничество, беззаконие, непреодолимый кон-

траст роскоши и нищеты, отвратительное его сознанию «порно», бесконечные привилегии и прочие пороки современной цивилизации. Мы знаем, что это есть, но для нас — не это главное. А он так не считает. Он искренне ненавидит наше общество потребления, и не только или вообще не потому, что ему не доступны его блага. Многие из террористов (и не только Бен Ладен) достаточно обеспечены, чтобы иметь все это. Продажность цивилизованного мира — вот главный его порок, который они ненавидят больше всего.

### Символизм трагедии 11 сентября

Исходя из предшествующего тезиса, выбор в качестве объекта № 1 Всемирного Торгового Центра был вовсе не случаен. И безусловно, что эта атака и предупреждение адресовались не только Америке, так как исходно было ясно, что при такой атаке ни одна из ведущих стран мира не сможет избежать жертв среди ее граждан. Но при этом — не любых граждан, а наиболее активно вовлеченных во всемирную торговлю или (в их понимании) — «всеобщую продажность». Это, как представляется, главный символический смысл вероломного нападения.

### Еще об одной ошибке восприятия

Некоторые аналитики предлагают увидеть «корень проблемы» в неравномерности распределения мировых благ и надеются, что если бы мы были с ними «помягче», «подобрее» или «подельчивее», они, возможно, также были бы более склонны к переговорам и сотрудничеству. Как представляется, это серьезное и опасное заблуждение. «Социальная работа» для бедных, маргиналов, окраин и трущоб — это инструмент, относительно эффективно действующий в рамках нашей цивилизации (и в отношении только определенной группы населения — значительной степени де-идеологизированной и жаждущей хоть какого-то перераспределения, так как другого

выхода ей никто уже давно не предполагает). Но акции террористов не имеют ничего общего с хулиганством, типичной поножовщиной или периодической стрельбой в обозленных кварталах обездоленной городской бедноты.

Исламские радикалы, скорее всего, совершенно не озабочены тем, что им не досталось чего-то или досталось слишком мало от «большого куска» нашей красивой, благоухающей и аппетитной современности. Потому что на самом деле, как уже упоминалось выше, ими движет отвращение к современности.

### Мы — только «побочная» цель

Для исламского фундаментализма мы, безусловно, не главный враг. Фундаментализм и Ислам — вот две противоборствующие стороны, и таким образом, мы должны понимать, что речь идет прежде всего о «внутриисламской» проблеме. Мы — лишь «побочная цель», которая виновна хотя бы уже в том, что соблазняет часть мусульман ненавистной фундаменталистам современностью. И именно современность является главным объектом нападения. Конечная цель борьбы — не мы, не чуждые им евреи или прочие народы Ближнего Востока, а все мусульмане.

Их врагами являются все государства, включая последовательно арабские, которые (с их точки зрения) уже испорчены своим сотрудничеством с современностью. Это пока не декларируется. И может быть, до этого и не дойдет, если... (нет ответа, так как таких «если» десятки).

Эти государства пока занимают выжидательные позиции. При позитивном исходе нынешней международной ситуации дипломатам придется многие годы ходить по тонкому льду идей антифундаменталистской коалиции, с постоянной демонстрацией уважения к арабскому единству и гарантий гражданских прав всем нейтральным мусульманам, где бы они ни жили.

Как отзовется операция возмездия в этом мире? Так ли уж нелогично было бы ожидать сплочения мусульман Ближнего Востока или хотя бы простого сочувствия единоплеменникам перед внешней угрозой?

### Новейшие реалии военной и геополитики

«Звездные войны» и другие системы обороны и нападения становятся детскими игрушками, ибо события 11 сентября со всей очевидностью продемонстрировали, насколько уязвима наша современность. А наша гордость (высокие технологии), как оказалось — это в равной степени: и гарантия нашей защищенности, и легкая доступность для противника самых мощных орудий разрушения в нашем глубоком тылу. Это принципиально новый вид ведения войн, к которому мы пока не готовы. Но надежда на то, что этот однажды изобретенный и успешно апробированный вид ведения боевых действия будет предан забвению — это иллюзия.

Ошибки и просчеты здесь недопустимы. Противостояние (не хотелось бы, чтобы борьба) будет долгим, потому что ни современность, ни радикальный исламизм не могут исчезнуть.

## Глава 3

# ЧТО ПРОИСХОДИТ С ПАРЛАМЕНТАРИЗМОМ И ДЕМОКРАТИЕЙ?[1]

В ноябре 2002 года в Санкт-Петербурге был проведен интерактивный опрос о доверии к парламентариям, и оказалось, что лишь 5% населения считают, что депутаты всех уровней идут в политику, преследуя общественные интересы, а 95% уверены, что исключительно личные. Еще пять лет назад соотношение было близко к 50 на 50. Эта специфика изменения общественного мнения проявляется и в хорошо известном последовательном снижении электоральной активности за последние годы, и эта, безусловно, печальная динамика может иметь много ситуационных причин и объяснений, но, возможно, здесь следовало бы сделать попытку взглянуть на проблему более широко.

А именно: «Что происходит с парламентскими институтами?» Я попытался поискать ответ, но не могу сказать, что нашел его. Поэтому все, изложенное ниже, носит дискуссионный характер.

Каждый общественный институт имеет какое-то символическое выражение или идею, лежащую в его основе. После консультаций с несколькими квалифицированными экспертами я пришел к выводу, что таким символическим выражением идеи современного пар-

---

[1] Доклад на Международном семинаре «Конституционный статус верхних палат Парламентов», Москва, Совет Федерации РФ, 17-18 октября 2002 г.

ламентаризма стал в свое время лозунг: «Свобода, равенство, братство»[1].

Я позволю себе напомнить, что этот принцип общественного устройства был выдвинут и обоснован французскими просветителями Руссо, Вольтером, Дидро и др. еще в XVIII веке. И со времен Французской революции (1789-1794) стал стержнем новой мировой идеологии — идеологии Нового времени, и хотя мы с вами живем в Новейшей истории, эти принципы пока никем не пересматривались, а обозначение нашей эпохи в качестве «Новейшей» фактически подчеркивало преемственность или наследование принципов Нового времени.

В то, уже давнее, время (на фоне привилегий высших сословий, деспотического контроля государства и духовного гнета церкви) свобода воспринималась как настоятельная необходимость. Более того, в обществе сложился идеал ничем не ограниченной свободы, которая, как считалось, отвечает естественным потребностям человеческого духа и естественному порядку вещей. Естественность, разум и свобода духа становятся основными идеалами эпохи Просвещения. И хотя эпоха Просвещения закончилась к началу XIX века, но идеалы остались и продолжали определять общественные мнение и общественное устройство Новейшей истории.

Я позволю себе также напомнить, что понятие свободы трактовалось в нескольких смыслах, но прежде всего — в экономическом, политическом и этическом. В экономическом смысле свобода означала резкое снижение зависимости личности от государственной власти. В политическом — она понималась как право поступать по соб-

---

[1] Мы здесь не будем касаться демократических принципов Древней Греции, где демократия носила исходно элитарный характер, а также особенностей английского парламента, который строился на принципиально иных основаниях.

ственной воле. В этическом — по сути, предлагало новую веру: в величие свободы духа и свободной личности.

Последний тезис априори предполагал *естественное (или природное) равенство* всех людей, а все имеющиеся формы неравенства рассматривались как искусственные, обусловленные сложившейся в обществе несправедливостью, пережитками и предрассудками, а также воздействием морально устаревших социальных институтов. Считалось, что достаточно освободиться от этих институтов, как человек проявится во всем величии своих духовных и физических сил (отчасти именно эти идеи лежали в основе всех революционных потрясений в России и других странах в начале прошлого века).

И здесь было первое и глубочайшее заблуждение, ибо, как убедительно доказано современной наукой, а также всем историческим и социальным опытом Человечества, люди не равны по своим физическим, интеллектуальным и духовным качествам, и с этим, как отмечал даже Карл Маркс, «ничего нельзя поделать». Тем не менее, на протяжении двух последних столетий критерием развития европейской цивилизации оставалась апелляция к тем правам и свободам, которые были записаны сначала во французской революционной «Декларации прав человека и гражданина», а затем, уже в середине XX века, — во «Всеобщей декларации прав человека».

И хотя провозглашенные принципы «Свободы, равенства и братства» фактически никогда не пересматривались, в XX веке они претерпели существенные изменения. Но пока — не были переосмыслены. Либеральная идеология, появившаяся как преемница идей Просвещения и провозглашающая приоритеты прежде всего — экономической свободы (следствием чего стало еще более явное неравенство), закономерно привела к появлению социал-демократических, а затем и коммунистических идей.

Причина достаточно очевидна — дегуманизация идей Просвещения, из которых постепенно «выхолащивались» «равенство и братство» и, по сути осталась только идея экономической свободы, обретшая новое звучание в иллюзорно-спекулятивном лозунге «равенства возможностей». В результате на смену идей «всеобщего равенства и братства» появились идеи «пролетарской солидарности», «пролетарского братства», «социалистического единства» и т. д. Эта попытка регуманизации общественных отношений (в форме социалистических и коммунистических идей) вначале получила огромную поддержку в первой половине XX века, а затем была последовательно профанирована «социалистическим строительством»... И это естественно. Прежде всего потому, что природному неравенству людей ничего не было и не могло быть противопоставлено.

Я не буду здесь напоминать, сколько братской крови было пролито «под знаменами» этих идей. Казалось бы, они уже не так важны. Но в результате этих *воинствующих* идей и страха их повторения в мировом сообществе была сформирована новая мораль — мораль силы, безапелляционная и беспощадная. Мы хорошо помним ее по периоду холодной войны, когда сформулированный еще в XVII веке принцип «цель оправдывает средства» давал право на все.

Можем ли мы признать, что эта мораль уже не действует? Пережил ли мир «упоительность разрушительного созидания» и примитивную модель взаимодействия только по принципу разделения на «друзей и врагов»? Не является ли столь популярное сейчас и пугающее «фундаменталистское единство» лишь еще одной из форм исторического реагирования на утрату идей «всеобщего человеческого братства» и того, что (пока, безусловно, лидирующая) европейская цивилизация не смогла пред-

ложить сколько-нибудь адекватных Новейшей истории лозунгов и нравственных ориентиров?

Я попробую дополнить и расширить этот тезис. Как известно, никто не понимает друг друга лучше, чем бывшие враги. Всего один комментарий с этой точки зрения. К началу 90-х наш бывший враг № 1 остался в гордом одиночестве, со всеми своими вооружениями и военными доктринами, но без противника (и фактически без реальной победы). Что, безусловно, должно вызвать ощущение некой опустошенности и потребности замены. Замена нашлась. Найти врага всегда проще, чем друга. Но были ли найдены хоть какие-то новые идеи, объединяющие нас не против кого-то, а ради чего-то?

Я позволю себе еще раз напомнить очевидные вещи: в историческом аспекте власть всегда начиналась с силы и удерживалась по формуле «кто — кого?». Затем появилась ее вторая составляющая — право, базирующееся как на прямом наследовании, так и на преемственности власти. В последние века, с появлением парламентских институтов, в цивилизованных странах власть базировалась уже не столько на силе, сколько на морально выверенном праве, идеях нравственности и просвещенном знании. Нет ли у нас, в начале XXI века, ощущения, что тезис о том, что сила (как во внешней, так и во внутренней политике) является лишь вспомогательным (или крайним) аргументом, сейчас подвергается переоценке? Количественный и качественный рост право- и государственно-охранительного аппарата идет практически во всех странах, включая самые демократические.

Если для поддержания демократии требуется все больше сил и средств, не устарел ли морально этот институт общественного устройства? Не кроется ли в фетишизации принципа «всеобщего и равного избирательного права» (например, для политика-профессионала, просвещенного гражданина, бомжа и подследственного

рецидивиста) лишь его безусловная приемлемость для фактически ничем не ограниченного манипулирования общественным мнением? Не является ли воинствующий фундаменталистский экстремизм лишь внешним выражением реакции на идеологическую (внутреннюю) слабость действующей политической системы Европейской цивилизации?

Во всех демократических странах, включая Россию, все меньше и меньше тех, кто участвует в выборах, в связи с чем законодатели последовательно снижают «барьер явки» — уже до 25 и даже 20%. У меня возникает вопрос: как долго мы будем не придавать этому значения? До 15, до 10 или до 5%? Таким образом, те, из кого затем рекрутируются министры и президенты и кому доверяются судьбы Человечества, будут избираться все более случайным образом, когда персональный имидж или поддержка ситуационно популярного исполнителя очередного модного шлягера становятся решающим фактором.

Может быть, уже правомерно поставить вопрос: что, если в XIX веке «умер Бог», то в XX что-то подобное происходило со «Свободой, равенством и братством» и, следовательно — демократией, как общемировым принципом Нового времени и Новейшей истории?... Многие из общественных феноменов в России, да и не только, позволяют подозревать, что общество уже не заражено, как это было совсем недавно, а тяжело больно демократией. Что взамен?

С этим тезисом, конечно, можно и будут спорить. Но, как представляется, достаточно очевидно одно — в XX веке гуманистические идеи, ранее составлявшие стержень развития Европейской цивилизации, последовательно дискредитировались, а свобода приобрела оттенок «права на неравенство». И, как это не парадоксально, это — естественно, так как равенство среди исходно неравных людей, предполагает их насильственное приведение к од-

ному «знаменателю» (мы хорошо знаем это по советскому периоду). А если присутствует насилие, значит, нет свободы... Тем не менее, нельзя не замечать, что развитие без насилия непременно порождает еще большее неравенство во всех сферах жизни. И это неравенство будет только нарастать. И тогда встает вопрос о «мере насилия» и «мере свободы».

К этому тезису можно было добавить еще одно веское обоснование: за последние 30 лет преступность во всем мире возросла в 4 раза, а в самых демократических странах, типа США — в 8 раз (в России — также в 8 раз!)[1]. Средний рост мировой преступности составляет 5% в год. Это что — обязательный атрибут «последовательного развития» демократии или ее побочный продукт?

Может быть, действительно наступает какая-то «ИНАЯ» эпоха? И требуются какие-то иные механизмы общественного и государственного регулирования. Более того, как мне представляется, эта эпоха уже наступила! Каковы ее лозунги и принципы?

Мир явно изменился. Но у нас нет осмысления картины этого изменившегося мира. И даже изменившейся страны. За традиционными вопросами «Что делать?» и «Кто виноват?» бесконечно ускользающим стал вопрос «Почему это происходит?» и «Зачем вообще все это нужно?!». Вопрос прежде всего нравственный.

Как свидетельствует история, именно парламентарии чаще всего были трибунами и глашатаями новых эпох. Нет ли сейчас у парламентской элиты определенного дистанцирования от этой функции, а именно — осмысления действительности, а если точнее — наполнения современной действительности смыслами? Не потому ли мы так часто корректируем законы, что не вполне определились по

[1] В данном случае я ссылаюсь на данные В. В. Карелина — «Инновации», № 9-10 (46-47), 2001. С. 115-116.

«коренному вопросу»: к какой цели и каким путем мы идем или будем идти? Не забыли ли мы за повседневным законотворчеством, что выше нравственного закона нет?

Как ни печально, но наступившее тысячелетие уже мало ассоциируется с идеями «свободы, равенства, братства». Еще раз тот же вопрос: что взамен?..

В процессе Международного семинара «Конституционный статус верхних палат Парламентов» с участием парламентариев всех ведущих стран Европы, неоднократно поднимались проблемы централизации и децентрализации парламентов, приближения их к исполнительной власти и дистанцирования от последней и т. д. Не отражает ли эта дискуссия ситуацию поиска новой идентичности органов представительной власти? И тогда вновь возникает вопрос: на основе каких новых общественных императивов?

Мне трудно сказать, какими могут быть эти новые общественные (общемировые) идеалы. Но человек так устроен, что он обязательно должен во что-то верить и на что-то надеяться. Поэтому все предшествующие эпохи опирались на реальные или идеальные гуманитарные концепции. Как можно было бы определить современную гуманитарную концепцию? У меня пока нет ответа.

Как известно, смысл жизни у каждого конкретного человека появляется тогда, когда у него есть какая-то благая (или даже иллюзорная) цель, общая с другими людьми и выходящая далеко за рамки его повседневного существования. Есть ли такая цель у нас всех, как Человечества, сейчас? Или хотя бы у России, как страны? Стремление к социальной защищенности и желание быть избавленным от терроризма — это условия или потребности, но они не могут быть целью жизни, хотя и определяют современное отношение к свободе.

Кому нужны права и свободы, если вы не можете их реализовать и живете в постоянном страхе, если вы бои-

тесь даже днем выйти из дому, как это совсем недавно (после событий 11 января 2001 года) было в США?

Когда смотришь на наше внутреннее законотворчество, невольно возникает вопрос, а не решили ли мы, потерпев неудачу с коммунистическими подходами к созданию «человека будущего», попробовать решить ту же проблему демократическими методами? Я не говорю уже о международном терроризме, но тому криминальному террору, которому подвергается российское общество, может быть противопоставлен только столь же жесткий и последовательный государственный анти-террор и, может быть, даже осознанное самоограничение прав и свобод граждан, а уж никак не «дальнейшая демократизация».

Если западная демократия создавалась столетиями на основе последовательного принятия гражданами и государством взаимных обязанностей и обязательств и исходила преимущественно из потребностей экономически свободного и ответственного гражданина, то российская демократия (в полном смысле этого слова) «свалилась нам на голову» в одночасье, а затем «укоренялась» по модели не «свободного и ответственного гражданина» (его просто не было), а по модели правозащитников — в некотором роде — «демо-экстремистов». Как тут не вспомнить уже полувековой давности изречение русского философа И. Ильина, что после свержения коммунистического режима России, скорее всего, будет предложена вся и всяческая демократия, и его сакраментальное резюме к этому прогнозу: «У меня есть только один вопрос: кто потом за это все ответит?»

Что-то изменилось в мире, и это что-то еще не осмыслено. Позволяет ли старый либерально-демократический дискурс сформировать у населения хоть какие-то представления о векторе движения общества, нравственных

идеалах и смыслах бытия, не говоря уже о гуманитарно-правовой стратегии государственной политики? Я думаю, что нет.

У меня имеется еще одно маленькое подозрение, что столь длительное существование идеи западной демократии в ее «первозданном» виде не в последнюю очередь обусловливалось наличием «alter ego» в форме коммунистического режима, и с распадом последнего многие «маски» западной демократии будут сброшены.

Как мне представляется, Россия уже пережила период подражательной демократии и сейчас могла бы пойти не по пути фетишизации этой идеи или поиска «истинной демократии», а по пути переосмысления самой идеи демократии как уже мало адекватной современной картине мира. И эта идея способна не только привлечь, но и предельно активизировать самые высокие интеллектуальные ресурсы.

# Глава 4

# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГУМАНИТАРНО-ПРАВОВОЙ СТРАТЕГИИ РОССИИ

## ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемая разработка, по сути, является тезисами и перечнем проблем, которые вроде бы всем очевидны и одновременно традиционно ускользают от анализа, и поэтому предлагаются для осмысления и критической проработки.

### Особенности современной социально-психологической ситуации

Анализ результатов текущих социологических опросов показывает, что, наряду с фиксацией некоторых позитивных процессов (связанных преимущественно с публичной деятельностью конкретных политических персоналий и определенной стабилизацией экономической ситуации), в оценках современных реформаторских процессов присутствует гораздо больше негатива, при этом неочевидным, но одновременно одним из главных выводов является: у большинства населения нет каких-либо представлений о стратегии, целях и задачах реформаторского процесса (то есть нет смыслового поля реформ).

Второй общий вывод вытекает из первого — именно неинформированность населения о стратегических

*и* тактических целях и задачах реформ определяет его морально-психологическое состояние и социальные чувства, обусловленные ощущениями невключенности в эти процессы.

## СПЕЦИФИКА ОСНОВНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В этой «глобальной невключенности» условно можно выделить несколько основных групп, которые я попытаюсь охарактеризовать не строго научно, а с учетом сформировавшегося и относительно устойчивого имиджа, в современной российской популяции.

### Номенклатурная буржуазия

Это наименование не всегда справедливо и не ко всем относится, но здесь приводятся обобщенные характеристики в той форме, как они проецируются в массовом сознании россиян.

Эта группа очень немногочисленна (по оценкам независимых экспертов — 3-5% отечественных бизнесменов, включая «олигархов»). Она представлена большей частью так называемыми «номенклатурными капиталистами». Является, безусловно, инициативной и активной, с обширными корпоративными и межкорпоративными связями. Обладает высочайшей финансовой самостоятельностью, приобретенной большей частью на «волне бездумной приватизации». При этом интересы государства учитываются лишь постольку, поскольку они отвечают корпоративным интересам группы (самый яркий пример: повсеместное занижение стоимости основных фондов естественных монополий в десятки и даже сотни раз). Основное внимание сосредоточено на извлечении из нынешнего (пока не наполненного смыслом) «смутного времени» максимальной пользы для себя лично или для своего корпоративного бизнеса.

Взаимодействие этой группы с государством (не связанной с последним адекватной системой прав, обязанностей и обязательств) определяется, с одной стороны, традиционным страхом карательных и фискальных функций, а с другой — наличием или отсутствием выгоды от такого взаимодействия. Специфично, что упомянутое взаимодействие ориентировано преимущественно на конкретные властные персоналии, а не структуры власти.

Именно эта группа, в некотором смысле — «избалованная» беспрецедентным (по срокам и объемам) обогащением при неочевидном, но безусловном пренебрежении нормами морали и нравственности, является главным стимулятором растущей коррупции и последовательного развращения государственного аппарата. Она имеет постоянные и устойчивые связи на всех уровнях государственного регулирования: начиная от высших уровней законодательной и исполнительной власти до районных и поселковых администраций, активно участвует в формировании государственных решений и оказывает прямое или косвенное влияние на все законодательные процессы. В области политики — в последние годы ушла «в тень».

Имеет собственные информационно-аналитические и охранные структуры, активно действует на рынке ценных бумаг. Является главным «инициатором» и участником процессов вывоза национального капитала (в связи с неуверенностью в необратимости перемен и для создания «страховочной», а также «наследственной» «материальной и финансовой базы» за пределами России).

Пользуется высочайшим авторитетом в рамках собственных корпоративных структур, в значительной степени в силу их организационного и интеллектуального потенциала, а также в связи с реализацией почти комму-

нистических идей: «построения развитого капитализма (для сотрудников и персонала) в отдельно взятой отрасли».

В полном противоречии с российской культурной традицией, склонна демонстрировать свое финансовое благополучие и могущество, невзирая на «незавидное» состояние основной части населения.

С учетом этих факторов массовый обыватель отказывает этой группе в наличии патриотических чувств и не связывает с ней каких-либо социальных надежд.

Приведенные проективные характеристики не предполагают вывода о каком-либо преследовании, нагнетании социального негативизма или о «переделе собственности». Здесь только обобщаются преобладающие в обществе настроения (проекции), а также то, что, активно сотрудничая именно с этой частью экономической элиты, власть разделяет часть ее проективного имиджа.

### Предприниматели новой волны

Эта часть также достаточно малочисленна — от 5 до 10% активной возрастной группы. Ее составляют инициативные средние и мелкие предприниматели «новой волны», которым (несмотря на постоянно изменяющиеся «правила игры») удалось достигнуть определенного экономического и финансового успеха (но несравнимо более низкого, в тысячи раз более низкого, чем первой группе) и *создать свой бизнес. Что чрезвычайно существенно: на принципиально иных моральных и нравственных основаниях,* иногда, в полном смысле, путем собственного напряженного труда и собственных накоплений: «Копейка к копейке».

Эти «черные воротнички» современного российского бизнеса также испытывают социально-экономический и моральный дискомфорт в отношениях с государством, во многом по тем же основаниям, что и первая группа: страх

карательных и фискальных функций, а также *дискомфорт, связанный с отсутствием открытого признания моральных и нравственных преимуществ этой группы российских бизнесменов государством.*

Большая часть представителей этой группы не имеет связей с зарубежными компаниями и банками, практически не причастна к вывозу национального капитала и является ориентированной на деятельность в отечественной экономике. Она также участвует в формировании коррупции и развращении государственного аппарата, но (в отличие от первой группы, где суммы «на лоббирование» закладываются в бюджетный план) — это «вынужденное участие».

Эта группа не имеет устойчивых связей с государственным аппаратом, весьма опосредованно участвует в формировании государственных решений и существенно зависит от государственных чиновников всех уровней. Как правило, не владеет адекватной правовой и аналитической информацией. Нередко находится «под прессом» «охранных структур».

Именно эта группа — в перспективе — *является основой формирования новой предпринимательской морали и нравственности,* а также новой российской буржуазии (в лучшем смысле этого слова). Она искренне заинтересована во взаимодействии с государством, только с ним связывает свое будущее и готова к расширению взаимных прав, обязанностей и обязательств.

Однако пока эта группа не видит реальных проявлений особой заинтересованности в ней со стороны государства. Ее моральные и нравственные преимущества, а также национально-патриотическая ориентация бизнеса адекватно не оцениваются и не подчеркиваются. С позиций гуманитарной стратегии эта группа может рассматриваться как ее безусловная социальная база и авангард.

## Романтики первой волны

Эта часть представлена еще около 10% активной возрастной группы. Ее составляют менее удачливые предприниматели «первой волны», которые романтически поверили в преимущественно декларированные, но адекватно не обеспеченные законодательно «новые возможности» и в условиях перманентно меняющихся «правил игры», а также вследствие отсутствия достаточных экономических и правовых знаний, потерпели фиаско. Эта группа может быть охарактеризована как утратившая веру (в том числе в государство и себя). Однако эту группу нельзя считать потерянной, и при наличии соответствующей моральной ситуации и на государственном уровне провозглашенной восстребованности их опыт (включая негативный опыт) может быть активно использован в интересах развития страны. В настоящее время большая часть этой группы действует в частном бизнесе, но уже на иных позициях — наемных работников (что существенно: расширяя и углубляя опыт деятельности в новых экономических условиях).

При наличии соответствующих моральных и законодательных императивов эта группа способна к более активным ролям и деятельности.

## Неактивная часть населения

Большая часть активной возрастной группы заняла позицию «стороннего наблюдателя», взирающего на происходящее в стране (в зависимости от удовлетворенности их материальных запросов в качестве наемных работников в частном или государственном секторе): с оттенком интереса, скепсиса или даже безнадежности (по известным причинам, чем дальше от Москвы и Петербурга, тем больше эта шкала сдвигается вправо).

Однако именно эта группа активно участвует в формировании и трансляции социальных чувств и отношений, в том числе к российской экономической элите и государственным структурам, которые были упомянуты выше.

### Государственно-бюрократический аппарат

В основной массе, за исключением ведущих персоналий выборных органов власти, эта группа представлена преимущественно государственно-ориентированными и обычно (как и в любой другой стране) малоинициативными гражданами (исполнителями, не склонными к риску), но в современных условиях одновременно являющимися (в некотором смысле — ведущими) «реализаторами» реформаторских процессов.

Они более других нуждаются в четком понимании стратегии и тактики реформ, так как только это создает смысловые и нравственные императивы для повседневной рутинной деятельности и формирует осознание их причастности к историческим процессам в государстве.

Но, несмотря на эту особую роль, они также не имеют ощущений включенности в реализуемые программы и информированности о целях и задачах реформ, что во многих случаях приводит к явлениям местничества и обычного (но избирательного) произвола. Здесь же — в отсутствии четкой гуманитарной стратегии — кроются истоки избирательного применения законов.

Отношение большей части госаппарата к крупному капиталу (в силу «экономического стимулирования» вторым первого, в том числе «на постоянной основе») характеризуется зависимостью и «режимом наибольшего благоприятствования», к среднему и мелкому бизнесу — в значительной части случаев проявляется как полупрезрительно-высокомерное. Последнее объясняется тем, что класс предпринимателей и приоритеты развития част-

ной собственности фактически никогда не были достаточно ясно провозглашены в качестве ведущих факторов реформ, а большая часть госаппарата «взращена» на идеях негативного отношения к частному сектору и вообще ко всему, что «не есть государство», и эти идеи пока никто не отменял.

Эту идею следует еще раз подчеркнуть: у большинства государственных чиновников вплоть до самого высокого уровня нет понимания, что и государственная собственность, и частная собственность россиян являются равноправными составляющими единой экономики российского государства и в большинстве случаев частная собственность является гораздо более высокодоходной для государства, в то время как достаточно весомая часть государственной — высокозатратной. И в силу этого государство заинтересовано в поддержке и развитии частной собственности.

Но пока, в результате отсутствия такой разъяснительной политики, значительная часто чиновников фактически приватизирует ту сферу, в которой они осуществляют государственное регулирование (особенно — в любых отношениях с негосударственным сектором, исходя из моральных предпосылок, базирующихся на стойком убеждении: «это не наши» — не государственные). И здесь прямая вина государства: с одной стороны, оно не обеспечило деятельность чиновника идеологически, а с другой — оно позволяет чиновнику это делать или закрывает глаза на это, тем самым подрывая доверие к государству в целом.

Отношение госаппарата к гражданам можно было бы назвать отстраненно-дистанцированным, и в этой констатации даже нет особого негативизма к чиновнику, так как, во-первых, граждане и чиновники не объединены единым смысловым полем (общими целями и задачами), едиными эталонами поведения и социальными образцами, а во-вторых, в большинстве случаев госслужащий мало чем может помочь, даже искренне сочувствуя рядовому гражданину.

### Мастера «социальной механики»

К группе государственно-бюрократического аппарата тесно примыкают мастера «социальной механики», к которым прежде всего относятся люди, обеспечивающие функционирование и непосредственно организующие деятельность различных воспитательных и дисциплинарных пространств: начиная от детского сада и школы и кончая воинскими казармами и вузами. Эта группа, на первый взгляд, не имеющая существенного отношения к государственному планированию и стратегии, в принципе вообще не может сколько-нибудь успешно функционировать без четкой гуманитарной стратегии и не только определения, но и глубокого обоснования стратегических и тактических целей и задач реформаторских или любых иных процессов.

Именно этими мастерами «социальной механики» формируется система норм и правил поведения, ни в коей мере не сводимая к знаниям и умениям, а также прививаются соответствующие социальные чувства: национальной и культурной идентичности, чести, достоинства, патриотизма, уважения к национальной истории и собственному народу.

Именно эта группа (в долгосрочной перспективе) более всех остальных нуждается в определенной, проработанной и обоснованной гуманитарной стратегии.

### «Новый» и «старый» средний классы

Сейчас это понятие существенно «размыто» и не имеет четких границ. Но совершенно очевидно, что (если подходить не с точки зрения советской мифологии, а с общемировых оценочных позиций) за последние 15 лет в России сформировались два новых средних класса: старый (или традиционный для России) и новый (раздел, посвященный интеллигенции и интеллектуалам, которые могут входить или не входить в обе эти категории будет следующим).

**«Старый-новый» средний класс.** Представлен мелкими собственниками и производителями любого типа, непосредственно (самостоятельно) выходящими на рынок товаров и услуг, в настоящее время большей частью в виде ИЧП. Это, в основном, мелкие торговцы, водители, ремесленники, художники, промысловики, а также узкий слой работников интеллектуального труда, которые сами владеют своим товаром или сами создают его, и сами продают свои товары и услуги: адвокаты, частные врачи, психологи, консультанты, репетиторы и т. п. В общем-то, он существовал всегда, но в современном виде сформировался преимущественно в первые годы реформ и постепенно пополнялся в последующие.

**Новый средний класс** — это наемные работники, но принципиально нового типа. Их отличительной особенностью является обладание высоковостребованным интеллектуальным и культурным капиталом (образованием, опытом, навыками, которые именно в данный момент пользуются особым спросом на рынке труда и приносят ощутимые дивиденды). Важная особенность — в отличие от первой категории, все возможные варианты реализуются не индивидуально, а предлагаются на продажу. Это новая категория профессионалов, действующих преимущественно в высокодоходных частных и государственных организациях на высокооплачиваемых должностях, не входя в финансовые и прочие риски, а — наоборот — защищаясь от них даже в рамках той или иной фирмы, в которой они действуют. Как правило, эта категория получает не только заработную плату, но и некоторые «дивиденды», одновременно систематически повышая свой профессиональный уровень и культурный капитал. «Дивиденды» обычно поступают в форме различных доплат, которые обеспечивают существенное превышение их дохода над средним в данный момент в данном регионе (как минимум — 5—10 раз). Большей частью эта группа представле-

на менеджерами высшего звена, экономистами высокой квалификации и финансовыми директорами, специалистами в области инвестиций и обращения ценных бумаг, а также высоких и компьютерных технологий.

Таким образом, представители нового среднего класса (в отличие от «старого-нового») дифференцируются по трем основным (не всегда явным) признакам:

1) более высокий уровень доходов;
2) работа исключительно по найму в качестве профессионалов;
3) владение солидным интеллектуальным капиталом, высокая ориентация в спросе на него и умение его продавать.

Обе эти категории отличаются высокой аполитичностью и ярко выраженной ориентацией на индивидуализм и умеренный, хотя и широко варьирующий диапазон доходов, а также финансовую стабильность. Их невключенность в реформаторские процессы является органичной и вытекает из упомянутых выше установок и ориентаций.

### Интеллектуалы и интеллигенты

Исторически эти понятия принято дифференцировать, при этом появления термина «интеллигент» не только в нашей стране, но и на Западе обычно связывают с Россией. И не только потому, что оно возникло здесь (в данном случае речь не идет о псевдосоциологическом понятии «народная интеллигенция», введенном в оборот в коммунистический период отечественной истории для обозначения работников умственного руда).

«Интеллигент» в исходном значении этого слова — это прежде всего человек с независимым и критическим складом мышления, и, как правило, высокообразованный, но последнее вовсе не является ключевым признаком. Материальные потребности имеют для него второстепенное значение, а в качестве главных выступают озабоченность духовными проблемами и поисками смыслов (во всех случаях это мало

связано с профессиональным ростом, карьерой, зарплатой и материальным благополучием в целом).

Образ современного интеллигента легко узнаваем: он готов до поздней ночи обсуждать проблемы политики или экономики, поэзии или искусства (в кругу друзей-единомышленников), он обычно в курсе популярных симпозиумов, семинаров, выставок, спектаклей, встреч с популярными политиками и т. д. Его профессиональные интересы всегда были и существуют сейчас в неких нерыночных формах: от идей служения (как традиция, сохранившихся в среде российского учительства и врачей) до «терпения», чтобы было на что жить в (самое важное) внерабочее время (характерно для значительной части прошлых и нынешних «ИТР»), Финансовые запросы — весьма посредственные («сколько платят»).

В рынок основная часть интеллигенции не вписалась, так как никаких смыслообразующих факторов в нем не обнаружила (и к «новому среднему классу» отношения не имеет). Фактически это некий вариант «пролетариев умственного труда», отличающихся от квалифицированных промышленных или строительных рабочих большей ориентацией на европейских стиль одежды и духовностью помыслов. Часть из них высокополитизирована и входит в число активных членов оппозиционных партий и движений и имеет безусловную заинтересованность в гуманизации и наполнении смыслом реформаторского процесса. С современной точки зрения — средним классом не является.

«Интеллектуал» — это понятие, обозначающее мироощущение, а также общественный (социально признанный) статус человека, который зарабатывает разработкой или производством интеллектуальноемкой продукции любого типа. В отличие от интеллигента, интеллектуал всегда прагматичен и жестко увязывает свои духовные (нередко совпадающие с профессиональными) интересы и потребности, деятельность и доходы. Интеллектуалы, нашедшие

«подходящую нишу», в целом, хорошо вписались в рыночные условия (но не отношения) и в настоящее время составляют определенную часть, как старого, так и нового «среднего класса» в интеллектуальноемком бизнесе. Этот образ также легко узнаваем: деловой, энергичный, образованный и интеллектуально развитый, преуспевающий и знающий себе цену, как правило, вообще не вникающий в политические проблемы, рассчитывающий преимущественно на себя и мало ориентированный на взаимодействие с государством — реальная основа будущего среднего класса.

Тем не менее, стоит отметить, что у населения в основном иные представления о среднем классе: 62% респондентов отождествляют понятие «средний класс» с понятием «среднеобеспеченный» (или идентифицируют его с «народной интеллигенцией» периода СССР).

### Неутешительные выводы

Неявный вывод, органически вытекающий из предшествующих разделов, может быть сформулирован следующим образом: пока нет и не наблюдается тенденции к расширению социального партнерства государства и его граждан. По сути, это проблема утраты качества населения, так как российская «социальная механика» всегда строилась на идеях партнерства. И главная вина здесь, как представляется, связана с отсутствием реального политического лидерства, апеллирующего к национальной ментальности и традиции. Если попытаться обобщить тезисы выступлений значительной части российских политических лидеров, то в них (нередко косвенно) прослеживается одна и та же идея: «Мы должны стать как...» (далее, в зависимости от индивидуальных предпочтений — Англия, Германия или Европа, или США, или Китай). Это оскорбительная и унизительная для великого российского народа постановка задачи.

В совокупности все приведенные факторы определяют информационный кризис реформ и диктуют необ-

ходимость их переосмысления и пропаганды в форме и масштабах, адекватных историческим задачам современного периода.

## О государственности и рыночном менталитете

Понятие «менталитет» имеет огромное множество определений. Но, по сути, этим понятием объединяется (связанный с бессознательными аспектами национальных архетипов) преимущественный способ, стиль и специфика деятельности и решения всех задач — от бытовых и обыденных до государственных и межгосударственных. Менталитет формируется веками и тысячелетиями и не меняется по указу, в связи с тем или иным событием и т. д.

*Любые реформы возможны лишь тогда, когда сформировался их психический и экономический базис,* когда медленно накапливающиеся и потому неочевидные перемены в общественном сознании и способе производства становятся самостоятельным (саморазвивающимся) фактором общественно-экономического развития. Рыночный менталитет — лишь одна из его из разновидностей. Но в России никогда не было (в том числе — в дооктябрьский 1917 года период) широко представленного рыночного менталитета западного типа.

Приведем достаточно наглядный психологический пример. В западной, преимущественно протестантской, традиции, сформировавшейся на протяжении последних двух столетий, понятие «богат» ассоциируется с «богоизбран», в российской — православной — традиции идея святости и близости к Богу всегда находилась (и находится) в непримиримом противоречии с материальным благополучием. В силу этого западный буржуа (безусловно — труженик) действует и обогащается с ощущением своего превосходства, а российский (в его классически национальном варианте) — также труженик, в той же ситуации всегда ощущал себя немного грешником и как бы виноватым перед менее удачливыми согражданами. И в этом чувстве

была скрыта огромная нравственная сила (к сожалению, почти утраченная в процессе так называемой «приватизации»), Но, может быть, она не навсегда утрачена? Особенно, если учитывать, что сейчас с большим трудом, но все-таки формируется «новая волна» российских предпринимателей. Кого должно было бы поддерживать государство в первую очередь? Это вопрос и государственной гуманитарной стратегии, и государственной морали.

### Внеэкономические иллюзии

Некоторые экономисты надеялись, что на смену советского (подкамуфлированного в красный цвет имперско-православного) менталитета «сам собой» (в результате постепенного разгосударствливания) придет «рыночный», да еще — западного образца. Западного — точно не будет (или будет, но тогда уже без России). Будет наш — российский и в России. Но автоматически этого не произойдет, так как смена менталитета требует разработки, провозглашения и последующего глубокого обоснования (до уровня интроекции в индивидуальное сознание каждого) новой гуманитарной парадигмы и концепции развития России, которой пока нет.

В силу уже многократно упомянутой «бездумной приватизации» не сформировалось и на многие годы утрачена даже вероятность формирования важнейшего из социальных чувств гражданского общества: уважения к частной собственности (своей и чужой, включая государственную).

В силу отсутствия этого важнейшего социального чувства произошло немыслимое извращение общественной морали, когда украсть — особенно если много и так, чтобы это было ненаказуемо, стало почти престижным (у 8% молодежной среды, как показывают опросы, такие персоны, как Мавроди, оцениваются как «удачливый и искусный бизнесмен»).

Второй причиной является лишь декларируемое Конституцией равенство всех форм собственности, что не

подтверждается повседневной практикой. Об этом еще будет сказано ниже.

Некоторое время другой широко распространенной иллюзией было представление о рыночной экономике «как идее», обладающей самостоятельной привлекательностью. Но после некоторого романтического периода стало очевидным, что сам по себе рынок привлекательной идеей быть не может (впрочем, как и демократия, без ее содержательного наполнения). Готов ли кто-либо готов отдать жизнь за рынок? Или даже — за демократию? Почему возникают эти вопросы? Их не было в 1991-м, когда оба упомянутые выше понятия были более романтическими и мифологическими. Эти вопросы не возникали и в период, когда ведущими лозунгами были: «За Веру, Царя и Отечество» или (как полная «калька» с последнего): «За Партию, за Родину, за Сталина». Смысл лозунгов обычно не важен, важно то, что они символизируют ведущие ценности и государственные приоритеты и обладают реальной мобилизующей силой. Имеем ли мы сейчас какие-либо аналоги таких лозунгов? Когда военнослужащие в Чечне идут в бой «За ВДВ» — это девальвация не столько лозунга, сколько государства. Безусловно, что лозунги — это также одна из сфер гуманитарно-правовой стратегии, где должны действовать профессионалы.

## Современное состояние массового сознания

Как представляется, сейчас, после краткого периода расщепления между социалистическим (утопическим) сознанием и пока больше дискредитировавшими себя демократическими и рыночными идеями, массовое российское сознание оказалось расщепленным между все тем же социалистическим и — неизвестно чем..., так как никаких новых идей, консолидирующих россиян как единую историческую общность людей (как нацию), не предложено. Последней общенациональной идеей, по сути, была борьба с коммунизмом, но она себя уже исчерпала. И в настоящее время нет никакой гуманитарной страте-

гии реформ. А при отсутствии такой стратегии и таких идей ни один народ не может ни утвердить своего существования, ни сохранить или воссоздать свою национальную культуру.

Здесь же скрыты корни появления националистических и шовинистических идей, так как смысловое поле также «не терпит пустоты» и, образно говоря, при отсутствии качественного «посева», прорастает «чертополохом».

Здесь уместно также упомянуть еще несколько неочевидных, сугубо психологических категорий и нравственных императивов. Когда все объединены какой-то одной (общепринятой высокой) идеей, люди становятся сотоварищами, и тогда предательство, воровство, взяточничество и т. д. — постыдны («у своих не крадут и своих не предают»). Когда такой идеи нет, не ясно — кто свой, кто чужой, и тогда — все позволено.

### Конституционализм и правовая культура

С тезисами, изложенными в предыдущем разделе, тесно связаны вопросы государственности. Мы можем иметь любую конституцию, но будем продолжать жить и действовать в рамках российской ментальности. Как известно, некоторые из латиноамериканских стран имеют конституции, полностью списанные с конституции США. Сильно ли им это помогло?

Сейчас практически все высшие властные структуры сосредоточилась на идеях укрепления государства. Но здесь, как представляется, есть некоторое смешение понятий: сильного государства и сильной государственности. Мы уже имели сильную государственность — в форме советского строя. Мы можем легко восстановить ее, тем более что путь здесь, так сказать, «накатанный». Но будет ли этим достигнута цель — сильное государство?

*Сильное государство предполагает качественно иную социально-экономическую структуру общества, а также иную правовую и экономическую культуру на-*

*селения в совокупности с раскрепощением частной инициативы.* Ни первого, ни второго, ни третьего пока нет.

По сути, пока налицо некий суррогат государственно-монополитического капитализма (с характерным господством монополий и финансовой олигархии, общественным характером производства и узкочастной формой присвоения — даже в государственном секторе, резкое усиление расслоения общества, от которых современный западный капитализм давно ушел). Возможно, так и должно было быть (Маркс был далеко не последним из мыслителей, и, может быть, эта стадия неминуема). Но ее можно было бы и избежать (до приватизации 1992 года). Теперь — уже нет, но можно предпринять определенные шаги, чтобы она не растянулась на столетие.

Несколько реальных примеров из современной действительности. При опросах обывателей в российской глубинке об их отношении к олигархам и банкирам не такая уж редкость ответ: «Вешать их надо!» (как вариант: «стрелять», «сажать» и т. д.). Это можно оценить и как недостаток культуры, и как зависть, и как озлобленность, и как следствие уже упомянутой (несоответствующей российской традиции) нескромности олигархов, активно тиражируемой ведущими СМИ. В качестве сопутствующих причин следует отметить то, что основное внимание: и экономически заинтересованное — со стороны власти, и амбивалентное — со стороны ведущих СМИ, и (большей частью) злорадно-завистливое — со стороны народа сосредоточилось на так называемых естественных монополиях, особенно — высокодоходных, и их лидерах. При этом большая часть населения, не принадлежащая к этим структурам, ощущает себя как бы вне сферы или на обочине сферы государственных интересов. Все это относится к сферё социальных чувств, о которых почему-то умалчивают как политики, так и большинство аналитиков, вероятно, в надежде, что «авось рассосется». А если нет? *Вторым важным аспектом нынешней ситуации явля-*

*ется то, что государство не может сколько-нибудь эффективно функционировать, если оно игнорирует моральные категории.*

Почти невероятный для реформаторских процессов факт: «вдруг» выявилось, что число частных предприятий в России за последние два года (2000-2201) сократилось на 47 тысяч и еще 50 тысяч приостановили свою деятельность! Хотя главная задача государства на современном этапе реформ, вне сомнения, состоит в том, чтобы количество этих предприятий росло из года в год — хотя бы на 10 тысяч в год. Было бы весьма интересно сравнить: сколько за тот же период ликвидировано нерентабельных государственных предприятий? Вероятно, сравнимых показателей здесь бы не получилось, и это непонятно. О какой добросовестной конкуренции и каком равенстве форм собственности здесь можно говорить?

В решении этих проблем чрезвычайно велика роль законодателей, которые могли бы гораздо больше ориентироваться на то, чтобы улавливать и канализовать позитивные тенденции, которые появляются в обществе, и одновременно вносить срочные коррективы при появлении негативных. 100 тысяч потерянных предприятий и разуверившихся в государственной политике предпринимателей — это явное указание на необходимость коррекции государственной стратегии.

Чтобы сформировать граждан, а затем и гражданское общество — в их современном понимании, нужно вначале сделать большую часть населения собственниками (для начала — хотя бы их труда и полученной продукции). Тот, кто вынужден бесконечно «изворачиваться», чтобы у него не отобрали большую половину заработанного (например, в форме налогообложения) кто бы то ни было (включая государство), собственником не является — он в лучшем случае поденщик (с соответствующей «вороватой» психологией, так как его также «обобрали»). Гражданское общество поденщиков — это нонсенс.

часть
III



# СТАТЬИ РАЗНЫХ ЛЕТ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМ В РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Несколько неутешительных цифр вместо вступления. В России (при беспрецедентном росте психопатологии и социопатий) в настоящее время имеется всего 2 тысячи дипломированных психотерапевтов и 15 тысяч психиатров. Вместе это 17 тысяч. Много это или мало?

Для сравнения, в США — стране, избранной для примера исключительно с точки зрения сравнимого количества населения, — действуют 40 тысяч психиатров, 80 тысяч психотерапевтов, плюс 225 тысяч психологов, специализированных медицинских сестер, социальных работников и т. д. Всего — 345 тысяч. Примечательно, что из 40 тысяч психиатров в государственном секторе работают только 10 тысяч (остальное — частная практика, в психотерапии эта часть намного значительнее). Аналогична ситуация и в большинстве европейских государств, где один специалист-психопатолог приходится на 500-900 человек населения, у нас — один на 10 тысяч. Заметим также, что на одного психиатра в западных странах приходится 5-8 вспомогательных специалистов, у нас — с точностью — наоборот. И даже если мы переквалифицируем всех психиатров в психотерапевтов (а другого пути в рамках действующих приказов МЗО у нас пока нет), проблема не решается.

Поэтому в последние два года практически на всех конференциях, посвященных проблемам психотерапии, в качестве одного из основных обсуждается один и тот же вопрос: о более широком привлечении к подготовке по психотерапии врачей общей практики и клинических психологов. Таким образом, самым первым и самым актуальным вопросом является кадровое обеспечение психиатрической и психотерапевтической служб, что, по-

видимому, должно стать одним из важнейших направлений деятельности МЗО по сохранению и укреплению психического здоровья населения (тем более, что тенденция к росту психопатологии остается и ничто не предвещает ее спада). И, как представляется, именно поэтому на недавнем совещании проректоров медицинских институтов в Архангельске[1] руководитель департамента кадров и вузов МЗО профессор Н. Н. Володин в своем докладе отметил, что в настоящее время существенно возросла потребность в клинических психологах. Эта же проблема была особо выделена в докладе главного психиатра МЗО профессора Б. А. Казаковцева[2]. Выступивший затем руководитель Федерального центра психотерапии и медицинской психологии МЗО, главный психотерапевт МЗО профессор Б. Д. Карвасарский[3] представил расчеты, по которым уже сегодня нам требуется около 60 тысяч клинических психологов (а имеется — 1,5 тысячи).

Нужно признать, что, несмотря на реальную оценку ситуации и усилия ряда ведущих специалистов страны, эта проблема остается очень трудно преодолимой, поскольку требует пересмотра практически всех руководящих документов и встречает как поддержку, так и неприятие на самых различных уровнях. Более остро эту проблему сформулировал ведущий научный сотрудник Федерального центра психотерапии и медицинской психологии Р. К. Назыров[4], отметив, что «система МЗО в це-

---

[1] «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов и учреждений дополнительного профессионального образования МЗО по вопросам преподавания клинической (медицинской) психологии» — в соответствии с Указанием МЗО РФ № 1071 -у от 29.09.99, Архангельск, 10 декабря 1999 г.

[2] Там же — см. сноску 1.

[3] Там же — см. сноску 1.

[4] Там же — см. сноску 1.

лом не готова — психологически и морально — к сотрудничеству и взаимодействию с клиническими психологами». И это положение сохраняется, даже несмотря на то, что (по данным ректора Архангельской медицинской академии профессора П. И. Сидорова) при росте психопатологии за последние 13 лет (с 1985 года) в 2,5 раза обеспеченность учреждений здравоохранения медицинскими психологами и психотерапевтами не превышает, соответственно, 3 % и 19 %. Есть над чем подумать.

Вторая часть актуальных проблем сводится к тому, как осуществлять подготовку психотерапевтов и какова последовательность этой подготовки? Эти вопросы только за последние годы самым серьезным образом обсуждались на конференциях ведущих специалистов МЗО в Смоленске, Москве, Иваново, Санкт-Петербурге и Архангельске[1], заседаниях Координационных советов по психотерапии МЗО и РАН. С учетом этих обсуждений, как представляется, для нас сейчас более существенна не почасовая программа, а стратегия решения вопроса.

* * *

Недавно, в соответствии с заданием МЗО, мы провели анализ западного опыта, и в частности того, как осуществляется подготовка клинических психологов и врачей к деятельности в качестве психотерапевтов.

---

[1] Имеются в виду: Международная конференция «Психотерапия сегодня (медицина, психология, социальная работа)», Москва, 26-28 февраля 1999 г.; Конференция «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», Иваново, 25-28 мая 1999 г.; Международная конференция «Психотерапия на рубеже тысячелетия», Москва, 3-4 октября 1999 г.; уже упомянутое «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов...», Архангельск, 10 декабря 1999 г., хотя впервые эти вопросы поднимались уже на 2-м съезде РПА в Смоленске (1998), конференции «Психическое здоровье населения регионов России» в Новгороде (1997) и ряде др.

Начнем с клинического психолога, который, как и любой другой специалист на Западе, вначале получает общепсихологическую теоретическую подготовку. Таким образом, клиническая психология (как вариант психотерапевтического образования) — это одно из направлений дополнительной или послевузовской подготовки. Аналогична ситуация и в отношении врачей. При этом в большинстве европейских стран психотерапия — это самостоятельная специальность (в рамках медицины, а не психиатрии) или даже самостоятельная профессия (вне медицины[1]).

В целом отношение к психотерапии как к искусству, как к гуманитарной, а не естественнонаучной (как медицина) дисциплине, составляет одну из мировых тенденций, включая ее постепенное «разгосударствливание».

Есть ли для этого основания? И есть, и нет. Это слишком большой и пока слишком дискуссионный вопрос, требующий самостоятельного обсуждения. Будущего обсуждения. Но, как представляется, положения приказа МЗО № 294 от 30.10.95 года все-таки требуют пересмотра. Напомним, что в соответствии с этим приказом психотерапевт определяется как специалист с высшим образованием по специальности «Лечебное дело», имеющий предшествующую специализацию по психиатрии и стаж практической работы в качестве врача-психиатра как минимум 3 года. И только затем возможна его подготовка по субспециальности в психиатрии — по психотерапии. Этот путь, прямо скажем, вопреки логике, материальной заинтересованности и многому другому, включая этику: с одной стороны, специалист вроде бы приобретает более

[1] Считая себя человеком достаточно либеральных взглядов, я с трудом воспринимаю последний тезис, и поэтому понимаю, что аналогичные трудности могут быть и в отношении ряда идей, сформулированных в этой публикации.

высокую (или — качественно иную) квалификацию, а с другой — из ранга специалиста он переходит в категорию субспециалистов.

Это путь, следуя которым мы не сможем решить проблему кадрового обеспечения ни психотерапии, ни психиатрии даже до конца XXI века. Расчеты директора Института им. В. М. Бехтерева профессора М. М. Кабанова показали: если мы будем готовить психиатров и психотерапевтов теми же темпами и тем же способом, их сколько-нибудь адекватное потребностям общества количество появится через 150 лет. А мы уже сейчас в значительной степени психопатологизированная нация. Поэтому хочу еще раз вернуться к сформулированной мной на конференции в Иваново идее о создании специализированных психиатрических и психотерапевтических факультетов по аналогии со стоматологическими, педиатрическими и гигиеническими. Нам не только нужно больше психотерапевтов; сама психиатрическая помощь должна быть и квалифицированнее, и доступнее. Только так можно будет сформировать качественно иную психиатрическую культуру в обществе. Только так можно предотвратить «трансляцию» семейной психопатологии на будущие поколения. Пока — в этом плане — у нас преобладает полное бескультурье, подтверждением чему являются 300 тысяч (!) магов, колдунов, провидцев и прочей паранаучной «публики», паразитирующей на отсутствии квалифицированных кадров (и при этом весьма успешно: по обоснованным данным, доходы «альтернативщиков» превышают весь бюджет МЗО). Но, тем не менее, у них есть одна не подлежащая сомнению заслуга — они реально демонстрируют, сколько специалистов требуется на рынке психотерапевтических услуг (около 320 тысяч, а в наличии — 17). Поэтому неудивительно, что лишь 1 из 7 пациентов обращается к специалистам, а большая часть населения все чаще апеллирует к колдунам и знахарям, при

этом — все более погружаясь в атмосферу средневековья[1]...

Считается, что на Западе дополнительное образование клинического психолога или врача по психотерапии длится около года, но это не совсем так (на самом деле оно значительно протяженнее). Вначале будущий психотерапевт закрепляется за каким-то государственным или негосударственным институтом (или даже — уважаемым психотерапевтическим сообществом[2]), который имеет собственную клинику или амбулаторию и договоры с различными учреждениями на подготовку специалистов. Это «закрепление» осуществляется или в рамках государственного финансирования (например, той или иной государственной программы) или (чаще) кандидат оплачивает эту подготовку самостоятельно (как и любое другое послевузовское образование).

Первые этапы специализации у клинических психологов и врачей несколько различаются. У психологов основным предметом изучения на первом этапе (в значительной части случаев) является практическая психодиагностика, после завершения которого будущий клинический психолог становится интерном в психиатрической или психотерапевтической клинике. Врач сразу становится интерном, без предварительного этапа. И здесь пути врача общей практики и психолога сходятся.

В качестве интернов будущие психотерапевты проводят около года, изучая психиатрию, неврозологию, психотерапию, они получают первых пациентов и начинают работать с ними под руководством супервизора. Значи-

---

[1] Отчасти было бы справедливо сказать за это «отдельное спасибо» журналистам, отношение которых к психиатрии можно объяснить только в терминах последней.

[2] Понятие общественной аккредитации психотерапевтов требует особого разговора, в России оно только формируется.

тельная роль отводится самообразованию: интерн должен регулярно готовить конспекты, рефераты и доклады по различным клиническим темам (согласовывая эти темы с назначаемым ему советником). Этот этап также включает обучение распознаванию клинических синдромов (на практике), диагностику личностных расстройств, участие в разборах случаев, написание диагностических отчетов и ведение историй болезни.

Теоретическая подготовка в форме аудиторных занятий также присутствует. В частности, как минимум раз в неделю все интерны конкретного института (даже если они работают в разных клиниках) собираются на теоретические семинары, где разбираются основные концепции психотерапии. Примечательно, что основными теоретическими направлениями в ведущих западных странах являются два — психодинамическое и бихевиоральное, на которых строятся все остальные варианты подходов к психотерапии[1]. При этом теоретическая подготовка ведется на самом высоком уровне, так как большинство психотерапевтов, независимо от их базового образования, готовятся к тому, чтобы претендовать на ученую степень по философии (Ph. D.). В последние годы в США для психологов, действующих в области психотерапии, был официально введен новый вариант ученой степени — Psy. D.[2], с более простой процедурой признания, но он пока не получил широкого распространения, и его статус оценивается как более низкий (по сравнению с Ph. D.).

---

[1] Появившееся в 60-х в США гуманистическое направление, по заключению его же ведущих представителей, «как попытка синтеза двух вышеупомянутых», к концу 80-х практически прекратило свое существование, и за последнее десятилетие в этой области не было опубликовано ни одной сколько-нибудь существенной работы.

[2] У нас в России давно имеется эквивалент этой ученой степени, включая правовые аспекты присуждения этой ученой степени (кандидата или доктора наук по психологии) в области медицинских наук.

Уместно отметить, что для практической подготовки интернов подбираются не самые лучшие условия (тюремная психиатрия, клиники для детей с дефектами развития, государственные психиатрические больницы и т. д.). Но самое главное — подготовка интерна всегда ведется на рабочем месте. И еще одно чрезвычайно важное уточнение — каждый интерн изучает только конкретный метод психотерапии (к этому тезису мы еще вернемся чуть ниже).

Особо следует выделить вопрос, который для России является принципиально новым. Практически во всех западных странах будущий психотерапевт в процессе его подготовки обязательно проходит персональный психотерапевтический тренинг, то есть — пробует избранный им метод на себе (в последние годы это обычно определяется как «познание границ собственной личности»), В процессе этого, еще раз подчеркнем, обязательного, элемента подготовки, будущий психотерапевт не только знакомится с чувствами, которые испытывает пациент, но и максимально прорабатывает собственные проблемы, чтобы не привносить их в работу с пациентами, а также проверяет надежность психотерапевтической теории или концепции, в рамках которой он собирается действовать в будущем. Я не буду здесь говорить о том, что пока практически никаких естественнонаучных основ знаний о психике не существует, есть только концепции, и здесь — более чем в любой другой области — ключевым является следующий принцип: невозможно убедиться в верности какой-либо теории, не проверив ее на себе.

Затем или параллельно будущий психотерапевт проходит супервизорскую подготовку, что (в ряде случаев — вразрез с установленными сроками обучения) подразумевает достаточно длительный период работы с пациентами (от года до 2-3 и даже 5 лет — в зависимости от его

способностей и избранного метода психотерапии) под систематическим руководством опытного специалиста — супервизора, который в конечном итоге и решает, завершена подготовка кандидата или нет.

Стать супервизором на Западе очень почетно, очень прибыльно и очень нелегко. Во многих странах существуют не только профессиональные, но и гласные, и негласные (в том числе возрастные) критерии супервизорства. В среднем, супервизорами становятся после примерно 15-20 лет работы по специальности в возрасте около 50 лет, при наличии постоянной практики и печатных работ и в результате достаточно сложной процедуры признания в качестве таковых.

Большинство специалистов продолжают пользоваться услугами супервизора на протяжении всей последующей практики (на это есть 3 основных причины: снизить вероятность привнесения своих актуальных проблем в работу с пациентом; усовершенствовать свою психотерапевтическую технику и — особый повод — снискать уважение коллег, так как работающий без супервизора в профессиональной среде всегда менее авторитетен).

Общий объем программ подготовки психотерапевтов сильно варьирует в различных странах и даже в различных институтах (в рамках конкретной страны) — от 1500 до 3600 часов, из которых в среднем 25 % приходится на теоретическое обучение (без учета самоподготовки), еще 25 % — на прохождение персональной психотерапии (то есть на познание границ собственной личности), и около 50 % часов — на систематически супервизируемую практику.

До окончания супервизорской практики специалистом будущий психотерапевт не считается — он интерн, кандидат или супервизант в течение нескольких лет. И только после того, как его способности и умения будут

позитивно оценены как минимум двумя опытными и признанными супервизорами, выносится заключение о пригодности к самостоятельной работе и выдается соответствующий сертификат.

В некотором смысле, это аналогично подготовке в академии художеств: диплом выпускника никому не дает право называться художником — это право должно быть заслужено в процессе длительного труда и в результате признания коллег. Для нас это — пока — в значительной степени только стратегическое направление, только перспектива.

Но уже сейчас (с учетом мирового опыта), мы должны продумывать и формировать предварительные решения о более широком привлечении к подготовке в качестве психотерапевтов, психо- и социокорректоров врачей общей практики (минуя психиатрию) и дипломированных психологов.

Как представляется, в подходах к этому вопросу нам необходимо принять, по крайней мере, 4 основополагающих тезиса:

1) психотерапевт (если он работает именно по этой специальности) никогда не делает никаких назначений и не выписывает рецептов;
2) в отличие от естественнонаучной медицины, где общепризнанным является принцип каузальности (наиболее четко проявляющийся в инфекционной патологии, где конкретный возбудитель вызывает конкретное заболевание), в психопатологии «ответ» всегда является неспецифическим, то есть один и тот же негативный фактор может вызывать самые разные (фактически — любые) формы расстройств (от легкой транзиторной дисфории или невроза до полного и пожизненного аутизма);

3) 80 % пациентов в психотерапевтической практике имеют чисто психологические проблемы или относятся к пограничным пациентам;
4) по данным ВОЗ, от 30 до 40 % пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической помощи, а в психотерапевтической. И по прогнозам ВОЗ 1999 года количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое.

Нужен ли здесь психиатр? Безусловно, нужен. Как консультант, назначающий медикаментозное лечение там, где для него есть показания (успехи психофармакологии никто не оспаривает), как эксперт, дающий заключение о вменяемости пациента, потребности в его изоляции или отсутствии таковой. Но психотерапевт должен стать более самостоятельной фигурой в терапевтическом процессе, где четко определены рамки его специальности и компетентности. Но прежде всего это предполагает особую подготовленность к систематическому и длительному общению с пациентом, особый склад личности, принятие весьма специфического кодекса поведения и стиля жизни.

Об очень важном, последнем и кардинальном отличии методики подготовки специалистов в ведущих странах мира. Когда мы говорим о двух или трех тысячах часов подготовки будущего психотерапевта, мы имеем в виду подготовку по конкретному методу психотерапии. Это две или более тысяч часов подготовки или по бихевиоральной психотерапии, или по психодинамической, или гуманистической, или директивной и т. д.

И по каждому методу это обычно отдельное учебное заведение, куда выпускник вуза вновь приходит в качестве студента (слушателя), затем становится кандидатом и начинает проходить персональный тренинг и супервизии — только по конкретному методу. И так он и идет — в

рамках избранной им специализации и института — от студента до профессора и супервизора (кстати, статус последнего в целом не ниже профессорского).

В таких институтах работает, как правило, около 20-30 (постоянно практикующих только в рамках одного направления) специалистов высшей квалификации. И каждый из институтов функционирует на базе конкретной клиники, где применяется преимущественно один метод психотерапии (где работают единомышленники). Фактически, называя институт, который он окончил, любой западный психотерапевт одновременно представляется — к какому из направлений в психотерапии он принадлежит.

Давайте сравним, что делаем мы? Установленные стандартом 700 часов переподготовки по психотерапии включают более 400 часов повторного курса психиатрии. Оставшиеся 288 часов распределяются на наших кафедрах усовершенствования между 4-5 преподавателями, которые читают рациональную, директивную, когнитивную, бихевиоральную, эриксоновскую, групповую, телесно-ориентированную, аутогенную, транзактную, психоаналитическую, плюс — НЛП, гештальт, психосинтез, психодрама, арттерапия, символодрама, классический гипноз и т. д. (всего около 40 методов). Группа за группой. В ряде случаев этим преподавателям просто некогда практиковать. Таким образом, на каждый метод приходится от 2 до 30 часов. И так называемый специалист после этого получает сертификат, приходит в клинику и имеет право применять любой из методов, о котором у него на самом деле есть кое-какие поверхностные представления. Как с горечью констатировал на уже многократно упомянутом совещании в Архангельске профессор В. М. Шкловский[1]: «Преподаватели-теоретики от психо-

[1] См. сноску 1 на с. 188.

терапии готовят теоретиков для практики». Когда мы только начинали, по сути — на пустом месте, я думаю, многие помнят исторические приказы МЗО № 791(1975)и№750 (1985), когда психотерапия впервые (как специальность, область знания и деятельности) появилась в России, этот — значительно упрощенный подход — был оправдан. Но сейчас нам нужно перейти на качественно новый этап. И самое сложное здесь — как специалисты, мы понимаем это лучше других — преодоление сложившихся стереотипов.

Когда в 1991 году мы открыли в России первый Институт Психоанализа и заявили, что курс подготовки только по одному единственному методу психотерапии будет составлять как минимум 3 года: как минимум 1100 часов инструктивных занятий (лекций и семинаров), как минимум 100 часов персонального анализа, плюс как минимум 300 часов индивидуальной работы с пациентом под руководством 2-х или более супервизоров (не менее 100 часов супервизий), это вызвало у большей части коллег и представителей официальных структур не столько неприятие, сколько спокойный скепсис: «Да кто же на это пойдет?». Особенно с учетом того, что госувдарственный диплом на право заниматься любой психотерапией можно получить в любой МАПО за 3 месяца. Непонимание началось позднее, когда оказалось, что значительной частью новой волны российских психотерапевтов это востребовано. И сейчас в нашем институте учится более 400 специалистов из России, Украины, Белоруссии, Молдовы, новых Прибалтийских и Кавказских государств, а также ряда стран Азии и Западной Европы. После этого открылось еще несколько психоаналитических институтов, появились институты, ориентированные на гештальт, в одном из уважаемых государственных институтов обсуждается вопрос об открытии специализации в области поведенческой терапии...

Постепенно даже у врачей-интернистов формируется понимание, что психотерапия и беседа с пациентом не имеют ничего общего; что слово, как инструмент терапии, действует в качестве такового лишь в чрезвычайно искусных руках и, как и скальпель, может и удалить болезненный очаг, и — если словом оперирует дилетант — убить пациента. Это понимание — уже важный шаг вперед.

Но трудности, безусловно, остаются. Можно ли преодолеть их с наскока? На последний вопрос, и с этим, вероятно, все согласятся, нужно ответить: «Нет». Мы пока проигрываем и в качестве, и в количестве специалистов и особенно — в кадрах для их подготовки. Я разделяю тревогу Министерства образования, неоднократно высказываемую профессором В. Д. Шадриковым, в связи с открытием более 300 психологических факультетов: кто готовит специалистов? Что им преподают? Это чрезвычайно важная и очень болезненная проблема, так как первоочередной задачей представляется заполнение кадрового вакуума. Вначале нужно создать реальную профессиональную среду. А для этого должны быть созданы базы подготовки и переподготовки преподавательских кадров.

Психотерапия — это не естественнонаучная, а гуманитарная область знания. И количество реальных направлений в психотерапии, так же как и общепризнанных (мировых) концепций развития и структуры личности, весьма ограниченно. И все они носят концептуальный, то есть гипотетический характер. Поэтому даже обычный здравый смысл подсказывает, что целесообразно апеллировать только к тем из них, которые выдержали проверку временем и практикой.

Очень кратко об одной методологической проблеме. Еще совсем недавно существовали так называемые «советские» психология, психиатрия и психотерапия, ба-

зировавшиеся на философской концепции некоего усредненного, бесполого и слегка различающегося по возрастным характеристикам — скорее — индивида, чем «личности».

В этой «всеобъемлющей» концепции преобладал деятельностный подход, при этом все, что касалось сферы внутренних переживаний, страданий, влечений (включая низменные), потребностей (включая сексуальные), мотивов (нередко — асоциальных), сновидений, сексуальных девиаций, человеческого нарциссизма, психопатологических комплексов, массового поведения, деструктивных тенденций и т. д. исходно или выводилось «за скобки», или упоминалось в качестве неких не заслуживающих особого внимания «составляющих».

В психоанализе это все было. И есть. И — в современном психоанализе — на принципиально ином методическом уровне, чем у Фрейда, Юнга, Адлера или Кляйн. Поэтому периодически используемая апелляция противников психоанализа к классическим работам не выдерживает критики. Это то же самое, что критиковать современную математику, акцентируя внимание на необоснованности некоторых постулатов Евклида.

Однако не это главное. К какой бы части заинтересованной аудитории мы ни принадлежали, как коллеги, мы должны с обеспокоенностью признать, что современная российская психология, психотерапия и философия переживают системный кризис. Как мне представляется, позитивного характера. Идет процесс поиска идентичности, а если еще точнее — процесс поиска и методологического обоснования будущих направлений развития.

Я думаю, этих направлений будет несколько. Единой российской психологии, психотерапии или философии уже нет. И это хорошо. Новые реальные направления и школы будущей российской науки появятся, по моим представлениям, лет через 20-25. Одним из таких на-

правлений, я надеюсь, опять же — через 20-25 лет, будет психоанализ.

Как член и постоянный участник заседаний нескольких специализированных советов, включая философский, я очень люблю задавать диссертантам «подленький» вопрос: «К какому направлению (в философии, психологии или психотерапии) Вы принадлежите?» И нередко сталкиваюсь с его полным непониманием. Тогда я поясняю: «Я идентифицирую себя с психоаналитическим направлением, а Вы?» После этого собеседник обычно задумывается, но, как правило, готового ответа у него нет.

Мне кажется, что отсутствие четкой методологической идентификации связано с тем, что большинство философских и психологических факультетов готовят специалиста вообще, который может считать себя специалистом по всем направлениям сразу (своеобразное «единомыслие наоборот»). Некоторые именно так и поступают. Нет школ. Я думаю, что это порождает только иллюзию всезнайства и нарастающей анархии в нашем гуманитарном сообществе.

На этом этапе, когда школы в новой российской гуманитарной науке только формируются, нам было бы очень важно избежать нетерпимости между представителями различных направлений. Возвращаясь к любимой мною психотерапии, хотел бы добавить, что в современных условиях пока гораздо больше того, что нас объединяет. Мы все находимся примерно в одинаковых условиях, и единственный условно оптимистический вывод — пациентов хватит на всех. А реально оптимистический — у нас все впереди.

И только когда сформируются реальные школы, мы сможем ответить на социальный запрос населения в области психотерапевтической помощи.

Как мне кажется, нам нужно, даже вопреки нашим врачебным убеждениям, набраться мужества и ответ-

ственности и сделать психотерапию самостоятельной специальностью — в рамках медицины и медицинской психологии, то есть специальностью, которую может получить любой врач и любой клинический психолог, если он хочет и способен к этому и если он готов пройти через серьезное испытание многолетней профессиональной подготовки.

Нам нужно набраться терпения и постепенно начать выделять (очень осторожно и методологически обоснованно) субспециальности в психотерапии (их не так много, от силы 3—5, остальные — формы и варианты основных направлений).

Я сейчас сделаю отступление и умышленно немного акцентирую ситуацию. Любой психотерапевтический метод, как уже упоминалось, имеет в своей основе конкретную методологию (то есть — философию): психодинамическую, гуманистическую, бихевиориальную и т. д. И это кардинально отличает психотерапию от медицины. При этом субспециалисты в психотерапии даже более различны, чем субспециалисты в медицине. Поясню почему: в медицине одна методология — естественнонаучная. И, в общем-то, окулист и проктолог, хотя у них и разные инструменты, и объекты терапии очень непохожие, друг друга легко поймут (они говорят на одном языке). А в психотерапии все совершенно иначе: объект — один и тот же (психика), а вот методология, методика и «инструменты», и даже большинство основных понятий принципиально не совпадают. И представители двух различных направлений в психотерапии при любой теоретической дискуссии или при обсуждении любого практического вопроса не только не поймут друг друга, но даже не захотят понимать, так как индивидуальный выбор того или иного метода психотерапии, как профессии — это всегда вопрос индивидуальных предпочтений, это вопрос

психического склада конкретной личности, ее образования, ее мировоззрения, ее представлений о себе и о мире. Безусловно, у психотерапевтов есть ряд общих тем и общих проблем, одна из которых обсуждается в этой публикации, но в частных случаях положение именно таково, как было отмечено выше.

Еще раз об актуальных задачах. Нам нужно было бы не спеша начать формировать полномасштабные циклы по конкретным методам и направлениям в психотерапии, а затем — способствовать созданию специализированных (или переориентации действующих) институтов по конкретным направлениям в психотерапии. Именно способствовать (!), потому что сложиться они могут только естественноисторическим путем (нельзя кого-то назначить бихевиористом, кого-то гипнологом, а кого-то психоаналитиком — это всегда индивидуальный выбор).

Нам нужно набраться решимости и (возможно, конвенциальным путем) ввести институт супервизорства по конкретным направлениям в психотерапии, но только однократно, из числа признанных специалистов, а всем будущим придется идти уже путем аналогичным западному.

Нам нужно найти в себе добрую волю и создать (пока — очень «мягкий») отечественный стандарт дополнительного психотерапевтического образования для врачей и клинических психологов, стандарт персонального тренинга и супервизий — также по конкретным направлениям в психотерапии. И уже потом — по мере становления российской школы, может быть, раз в десять лет — пересматривать эти стандарты и «подтягивать» их к европейским и международным критериям. Образовательный (включая практический тренинг) стандарт даже в 1000 часов для нас, как мне представляется, пока нереален, но 600-700 часов — по конкретному направлению

в психотерапии — это был бы уже значительный шаг вперед.

Следует особо подчеркнуть, что изложенные принципы и предложения ни в коей мере не предполагают отказ от уже сложившегося и развивающегося в России интегративного направления. Это еще один путь. Пока он единственный, который реально действует, и нужно, чтобы он продолжал действовать.

Мы сделали очень смелый шаг, признав, что сильно отстали — и организационно, и методически. Но некритическое воспроизведение западной модели грозило бы нам опасностью еще большего отставания. В России и так уже много чего переломано, а мы, как специалисты, вероятно, все же больше, чем другие, подготовлены, чтобы уметь ценить то, что уже сделано нами и нашими предшественниками, и предпринимать стратегические шаги в нескольких направлениях.

Как представляется, нам не стоило бы замыкаться на формальных (точнее — фасадных) критериях подобия Западу. Гораздо важнее критически переосмыслить мировой опыт, и с учетом беспрецедентности ситуации в России выработать собственные долговременные планы, стратегические и тактические решения. И наряду с уже действующими подходами, начинать готовить узких специалистов — по конкретным направлениям в психотерапии. Причем специалистов амбициозных, без чувства периферийности, обязательно учитывая при этом российскую социально-экономическую и психопатологическую ситуацию, специфику российской культурной и образовательной традиции. Мы не должны бояться учиться, но при этом помнить — опыт приобретается только посредством опыта и его критического переосмысления.

# МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ПОНЯТИЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ[1]

...*Супервизор:* Как мне кажется, в целом терапия идет успешно. У вас есть какие-то проблемы?

*Супервизант:* Я никак не могу поставить диагноз.

*Супервизор:* А зачем вам диагноз?

Дорогие коллеги и друзья,

я благодарю вас за приглашение выступить перед уважаемой аудиторией и хотел бы поделиться некоторыми идеями, которые большинству из вас, скорее всего, хорошо знакомы и не являются новыми. Скорее наоборот — они (применительно к опрометчиво заявленной теме доклада) — старые. В этом докладе я чаще задаю вопросы, чем отвечаю на них, и заранее прошу меня за это извинить.

Я, отчасти умышленно, не буду апеллировать к работам современников. Они, безусловно, существенно рас-

---

[1] Причиной подготовки этого доклада явилась реальная ситуация, вынесенная в эпиграф. Доклад был впервые сделан на конференции «Актуальные проблемы клинической психологии и психотерапии в условиях современной культуры» (Институт Бехтерева, 28.02.2001), где, неожиданно для меня, вызвал позитивный отклик неаналитической аудитории. Другим поводом для размышлений на эту тему была моя попытка инициировать на XIII съезде психиатров (2000) обсуждение некоторых кризисных проблем в современной психиатрии. Эта попытка была «пресечена» авторитетным заявлением председательствующего, что никаких кризисных явлений у нас нет. Единственным специалистом, кто публично поддержал мое предложение, была профессор Т.Б. Дмитриева, которой автор выражает свою искреннюю благодарность (также как и всем тем, кто не смог сделать этого открыто, но счел своим долгом сказать или написать мне об этом).

ширили наши представления, но некоторые проблемы сохранились практически в их классически-проблемном звучании.

Еще Эмиль Крепелин 100 лет тому назад[1] отмечал, что «психиатру часто то в шутку, то всерьез делается упрек, что он всех людей считает душевнобольными». И далее автор пишет: «Везде, где мы пытаемся провести границу между душевным здоровьем и болезнью, мы наталкиваемся на промежуточную область, в которой совершенно незаметно происходит переход от нормы к выраженным душевным расстройствам»[2]. При этом Крепелин особо подчеркивает, что те или иные формы таких отклонений (в зависимости от обстоятельств их проявления) могут оцениваться с различных точек зрения, что делает проблематичным однозначность суждений о том, где кончается норма, а где начинается патология. Более того: многообразие одновременно присутствующих у одной и той же личности здоровых проявлений и различных отклонений делает этот вопрос практически неразрешимым.

Фактически, и об этом также пишет Крепелин, однозначное толкование проблемы психопатологии предполагается только в одном случае: когда человек попадает в руки психиатра и при столкновении с законом...

В последующем именно эти идеи и проблемы явились основой появления пограничной психиатрии. Но была ли разрешена проблема?

Можем ли мы сейчас, в начале XXI века, сказать, что здесь что-то существенно изменилось за прошедшие сто лет? У меня нет категоричного ответа на этот вопрос.

---

[1] 4 ноября 1900 года Э. Крепелин (E. Kraepelin) завершил предисловие к своему «Введению в психиатрическую клинику», 3-е издание которого в 1923 году под редакцией П. Ганнушкина вышло на русском языке.

[2] *Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику. М.: МЗО, 1923. С. 210.

Для наших дальнейших рассуждений будет целесообразно напомнить, что именно Крепелин ввел понятие «симптомокомплексов» и придал им некую иерархичность, одновременно считая, что тип (или «уровень патологичности») симптомокомплекса определяется степенью разрушения или сохранности психических функций. Это также существенно, так как Крепелин (по сути) проводит параллель между «типом» и «уровнем патологичности». Я думаю, многие легко улавливают различие между этими двумя терминами, но вряд ли большинство специалистов с той же легкостью согласится с допускаемым в этой фразе тезисом, что психические заболевания отличаются не этиологически или патогенетически и даже нозологически, а лишь «по уровню патологичности».

Эта проблема занимает значительное место в работах и другого классика — Карла Ясперса, в 1913 году представившего диссертационное исследование под ныне хорошо известным названием «Общая психопатология»[1]. В этой работе, наряду с огромным количеством ценных наблюдений и бесценных идей, автор отмечает: «С клинической точки зрения очень важно уметь распознать необычное»[2] (имеется в виду в психике). Здесь сразу возникает вопрос: для чего, может быть, для более успешной терапии? Оказывается, вовсе нет. Ясперс дает предельно точный ответ, что речь идет исключительно об исследовательской, а не о терапевтической задаче[3].

Следует отметить, что труды классиков современной психиатрии, как и абсолютного большинства их последователей, имеют отчетливую и характерную особенность:

---

[1] В полном объеме «Общая психопатология» вышла в России только в 1997 году в московском издательстве «Практика».

[2] *Ясперс К.* Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 38.

[3] Там же. С. 38.

из 1021 страницы «Общей психопатологии» на методы терапии отведено менее 100, во «Введении в психиатрическую клинику» Крепелина из 458 — менее 20. Не странно ли, что мы с такой тщательностью описываем психопатологию, и, по сути, лишь упоминаем методы лечения?

Вернемся к симптомокомплексам Крепелина, а фактически — к современной (пусть и с многочисленными пересмотрами, исправлениями и уточнениями) классификации психических болезней. Полемизируя с ее автором, Ясперс отмечает, что «симптомокомплексы пока не удается объяснить в терминах причинности»[1], то есть — это не патогенетическая классификация, как.считал Крепелин. В более поздних переизданиях, апеллируя к работам Карла Шнайдера (1942), Ясперс констатирует, что эти «комплексы... не наблюдаются, а дедуцируются теоретически. Их существование гипотетично»[2].

В другом месте автор «Психопатологии» еще более откровенен, отмечая, что методу Крепелина «присущ элемент художественности»[3]. Тем не менее художественный метод каким-то образом оказался имплицированным в естественнонаучную (медицинскую) концепцию. Для этого, безусловно, были определенные причины, частично также вскрытые Ясперсом: «Установленные категории, — пишет он, — оказались весьма удобны; под них удавалось так или иначе “подогнать” любые наблюдения»[4].

Это положение также хорошо известно специалистам, хотя постепенно забывается. Но, при критическом взгляде, достаточно очевидно, что наша специальность (счи-

---

1 Там же. С.707.

2 Там же. С.710.

3 Там же. С.1010.

4 Там же. С.1012.

тающаяся естественнонаучной дисциплиной), исходно строилась на гипотетических основаниях или, во всяком случае, на гуманитарных концепциях, не имеющих строго научного обоснования. Если быть еще более точным — на одной-единственной гуманитарной концепции, положения которой были «канонизированы» в последующем. Последнее положение — прямо или косвенно — признается практически всеми психиатрами. Тем более что все попытки найти хоть какие-то биохимические, психофизиологические или инфекционные этиопатогенетические факторы окончились неудачей.

В результате мы имеем сугубо описательную психиатрию. Хорошо это или плохо? Может быть, так и должно быть? Может быть, действительно, мы имеем дело с эпифеноменом и нам стоило бы оставить или хотя бы критически пересмотреть наши взгляды, которые все еще (даже в последних изданиях) апеллируют к рефлекторной теории и неким мозговым механизмам?

Как бы мы ни ответили на этот вопрос, в целом, мы могли бы констатировать, что методология формирования основ современной психиатрии отчасти сравнима с критическим творчеством в литературоведении, где также описываются различные типажи героев, или с выделением психологических типов в родственной области знаний — в психологии, что, собственно, не удивительно, если напомнить, что Крепелин был учеником В. Вундта.

Но есть и существенная разница, о которой не часто вспоминается: в отличие от сангвиников и холериков, интровертов и экстравертов любым типажам, подпадающим под классификацию Крепелина, законодательно разрешено назначать лечение, в том числе медикаментозное и прочее, включая еще недавно распространенный электро- или инсулиновый шок. При отсутствии реальных объяснений психопатологии в «терминах причинности» можем ли мы говорить о какой-либо патогенетической те-

рапии? А если нет, то не является ли эта терапия экспериментальной? Это еще один вопрос, не имеющий однозначного ответа.

Здесь представляется целесообразным очень осторожно сформулировать еще несколько идей, точнее вопросов, которые кажутся мне актуальными.

Принимая за основу классификацию Крепелина (другого выхода пока нет, и я вовсе не ратую за ее отмену), следует признать (и надеюсь, никто не будет возражать), что заболевание не состоит из симптомов или синдромов. Симптомы и синдромы являются производными или свойствами болезни, но не ее составляющими частями, и производитель свойств (то есть — собственно психопатология) не сводим к их совокупности.

Я попробую предельно обострить эту идею: значительная часть наших диагнозов носит не синдромологический, а симптоматический характер: депрессия, маниакальное состояние, ипохондрия, паранойя... Обозначаемые этими терминами явления примерно того же порядка, что и лихорадка, диарея, кашель и т. д., которые могут наблюдаться при огромном множестве заболеваний. И лечить только лихорадку или диарею, скажем, при туберкулезе, холере или ВИЧ-инфекции — это нонсенс. Но — за исключением немногочисленных психотерапевтических отделений — это пока почти обычная практика. Преимущественно симптоматическая ориентация нашей терапии также признается практически всеми специалистами. А что дальше — какие перспективы, почему это положение не меняется уже сто лет?..

Мне представляется, что определенную негативную роль здесь сыграла эпоха и умонастроения того периода, когда осуществлялась интеграция психиатрии в медицину. Новая область знаний должна была институироваться только с собственной нозологией и, в соответствии с духом времени, только на основе естественнонаучной ме-

тодологии. Приняв естественнонаучную парадигму в качестве основной (можно сказать — единственной) и постулировав клиническую классификацию как этиопатогенетическую (для которой пока просто не найдено соответствующих морфологических и биохимических коррелятов), психиатрия начала постепенно отдаляться от лежавших в ее основе гуманитарных концепций (то есть гипотез) о психике и, в результате, с этой точки зрения,— оказалась внеконцептуальной.

Хотя именно эти — гуманитарные (философские) концепции и составляли хоть какую-то (пусть гипотетическую) «анатомию» и «физиологию» психики. Я надеюсь, никто не будет возражать, что практически все классики психиатрии были отчасти философами. Мы — скорее прагматики, но лучше ли это?..

Несмотря на уже давно практически общепризнанную абсурдность идеи, что мозг вырабатывает мысли или эмоции так же, как печень, желчь или островковый аппарат инсулин, на практике (заглянем в самые современные учебники) эта идея живет и побеждает. Здесь как бы существует некое негласное и недекларируемое соглашение, что мысли и эмоции, во всяком случае — патологические, все-таки вырабатываются мозгом, и именно на него нужно воздействовать некими химическими веществами в интересах лечения и коррекции психических феноменологий.

На первый взгляд, мы уже давно разделили понятия «организм» и «психика». Тем не менее, еще нередко депрессия или мания воспринимаются как такие же признаки организменного нездоровья, как температура или повышение давления, при которых нужно назначать какие-то химические вещества. А многие психические феномены все еще воспринимаются с предельным анатомизмом и физиологизмом.

Даже в более гуманитарно мыслящей психологии память, внимание, мышление и эмоции излагаются так, словно речь идет о строении внутренних органов (скажем, по типу сердца: вот левый желудочек, вот правый, вот клапаны; но ведь никому не приходит в голову сказать, что сердце состоит из систол и диастол).

У меня имеется также (неоднократно подтверждавшееся) подозрение, что когда мы говорим о психосоматических отношениях, мы имеем в виду любую ткань, кроме мозговой. Может быть, стоило бы сделать допущение, что в отношении психики мозг — это такая же сома, как и любая другая ткань, хотя, возможно, и более значимая?

Ведь и здесь существуют те же самые психосоматические реакции: переживаемые реально эмоции гнева и страха вызывают повышение продукции адреналина, а введение адреналина даже при отсутствии внешнего (психического) побуждения приводит к соответствующей модификации эмоционального фона и поведения.

Наши языковые штампы нередко подводят нас и, возможно, обманчивы. Мы совершенно спокойно говорим о том, что человек думает головным мозгом. Но мы же не говорим, что он ходит спинным мозгом, лишь оттого, что основные двигательные импульсы замыкаются на этом уровне.

* * *

Заслуга Крепелина неоспорима, и никто не ставит ее под сомнение. Он впервые систематизировал психопатологические симптомы и синдромы, но не болезни. Его систематика позволила накопить огромный фактологический материал, распознавать различные формы течения психических расстройств и давать клинический прогноз, но эта классификация практически никак не прояснила вопросы этиологии и патогенеза, а следовательно, — не

дала ключа к эффективной терапии (как это произошло в других областях медицины). Может быть, мы пошли не тем путем?

* * *

Несколько слов о психотерапии и психоанализе. Я позволю себе напомнить, что в начале XX века впервые появились и начали играть все более значительную роль индивидуально-психологические подходы к психиатрии. Особенно ярко эта тенденция проявилась в первой половине XX века в общемировом интересе к психоанализу, где — по сути — объединялись психологические и психиатрические подходы на основе теории развития и психической травмы, то есть — психогенеза (в России эти подходы — вне психотерапевтической среды — только начинают приобретать популярность).

В 1903—1910 года О. Блейлер и К. Юнг в Цюрихе провели проверку психоаналитической теории на материале душевнобольных, в частности путем анализа их галлюцинаций, сновидений и бреда. И «в целом ряде случаев удалось отыскать смысл там, где при поверхностном анализе все казалось абсолютной бессмыслицей»[1]. В 1907 году Юнг публикует работу «О содержании психоза», где обосновывает, что все проявления болезни строго детерминированы переживаниями пациента, предшествующими психозу[2]. Как представляется, эти идеи были забыты, и лишь сейчас они вновь зазвучали в работах Хаймана Спотница и ряда других авторов, активно внедряющих методы аналитической терапии у психотиков. И с позитивными результатами.

---

[1] *Bleuler*. Freudshe Mechanismen in der Simptomatologie von Psychosen. Psychoatr.-Neuroplog. Wochenschr., 1906 (Цит. по: Каннабих Ю. История психиатрии. М.: ЦТР, 1994. С. 463).

[2] Там же. С. 464.

В целом, как мне кажется, можно было бы признать, что по мере развития психиатрии, с одной стороны, гуманитарная нозология Крепелина, как уже упоминалось, все более канонизировалась в качестве естественнонаучной, с другой — точные границы психических заболеваний становились все более расплывчатыми, а схемы лечения — все более «фармаколизировались».

И одновременно (в преподавании психиатрии и ее методических подходах) все менее акцентировалось внимание на том, что те или иные психические нарушения представляют собой неспецифические реакции, которые отчасти обусловлены психической конституцией личности и которые могут появиться или не появиться в зависимости от наличия или отсутствия острых или хронических психотравмирующих, эндогенных или экзогенных, подчас действующих в совокупности и крайне сложно дифференцируемых патогенетических факторов. Факторов — по своей природе и содержанию — психических. Возможна ли сколько-нибудь эффективная терапия без применения адекватных природе и содержанию этих нарушений методов? То есть без методов, непосредственно апеллирующих к психике? Этот тезис не отрицает успехи психофармакологии. Она также нужна, но в комплексе с психотерапией.

Выделение психотерапии в качестве субспециальности, как представляется, во многом определялось, с одной стороны, социальным запросом, а с другой — отношением самих психиатров к весьма специфической системе приоритетов: в частности — ориентацией на преимущественно психическое или (большей частью изолированное) психофармакологическое воздействие...

При этом характерно, что количество представителей психотерапевтического направления в мировой психиатрии росло резко опережающими темпами. И одновремен-

но существенно увеличивались роль и значение психотерапевта в психиатрической клинике. Именно поэтому в абсолютном большинстве западных стран количество психотерапевтов примерно в 7 раз больше, чем психиатров (у нас пока — с точностью до наоборот). Мы признаем эту проблему, но преимущественно — как кадровую. А может быть, она все-таки методологическая?..

Ежегодно мы тратим миллионы долларов на закупки и производство фармпрепаратов. Почему бы хотя бы часть этих средств не направить на подготовку и переподготовку психотерапевтов? Не ошибаемся ли мы, рассматривая психофармакологию в качестве одного из магистральных направлений развития психиатрической науки и практики? С чем связано интенсивное развитие психофармакологии — с ее реальными успехами или все-таки с нашей методологией? Чем объяснить появление публикаций, анализирующих модификацию психопатологии под влиянием фармакотерапии? Почему модификацию?..

За последние два года я несколько раз встречал в публикациях и выступлениях специалистов одну и ту же идею. Но затем обнаружил, что она была сформулирована еще в 1912 году психиатром Гохе[1], который отмечал, что этиологические факторы в психиатрии, внешние или внутренние, являются только побуждающими, приводящими в действие уже имеющиеся механизмы, возможно, связанные с конституциональными особенностями конкретного пациента, а возможно, присутствующие в любой психике (включая здоровую)[2]. Поэтому границы между

[1] Hoche. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. f. d. ges. N. u P. Bd. 12, 1912. (Цит. по: Каннабих Ю. История психиатрии. М.: ЦТР, 1994. С. 470.)

[2] Фактически, именно эта идея была сформулирована ранее в психоанализе.

синдромами столь неотчетливы, а пытаться строго дифференцировать их, по образному выражению уже упомянутого Гохе, это то же самое, что «рассчитывать на просветление мутной жидкости, непрерывно переливая ее из одного сосуда в другой». Я позволю себе привести еще одну ключевую идею Гохе: поиск раз и навсегда установленных процессов, однородных по этиологии, течению и исходу — это погоня за фантомом.

Не является ли такой же погоней за фантомом разработка «целевых» препаратов для фармакологической терапии конкретных форм психических расстройств? Медикаментозное лечение, безусловно, должно и может играть в психиатрии определенную, но, как представляется, лишь вспомогательную и весьма неспецифическую роль.

В этих размышлениях я пытался обосновать, что вопросы классификации, нозологии, нормы и патологии имеют не узкомедицинское, а широкое методологическое значение, определяющее ряд важнейших проблем, включая экономические, в частности, например, размеры инвестиций в психофармакологию и их соотношение с инвестициями в подготовку и переподготовку специалистов.

Было бы неверно не признать, что фармакотерапия позволяет облегчить страдания пациентов, образно говоря, «подавить» или «снизить остроту» проблемы. Некоторые авторы констатируют[1], что все более широкое применение нейротропных средств главным образом сказалось в области борьбы с психомоторным возбуждением и качественно изменило облик психиатрических отделений. Врачам и сестрам, безусловно, стало легче. Но легче ли пациентам? Нет ли в этом подходе определенной аналогии с обезболиванием при серьезных, иногда множественных переломах в качестве основного вида терапии? С последующей на-

[1] Например, *Сметанников П. Г.* Психиатрия. СПб., 1995. С. 4.

деждой, что «авось срастется»... Возможно ли вообще химическое решение психических проблем? Нет ли здесь чрезмерного материализма?

Еще несколько слов о таком ключевом понятии, как норма. В целом, понятие «норма» описывается как некий усредненный член определенного ряда, с которым сравнивают другие члены, — это общепризнанный и предельно математизированный подход. Он хорошо работает там, где есть опосредованные измерения (рост, вес, давление и, соответственно, сантиметры, килограммы и т. д.). Но у нас нет мер, которыми можно было бы измерять психику. Наши понятия нормы носят описательный характер, и нередко мы определяем ее через противоположное: «патологии нет», следовательно есть норма, что методически не очень корректно. Многим известен такой термин, как «узнавание диагноза». Причем оценка эта всегда глубоко индивидуальна: один психиатр может сказать, что здесь «нашего» нет, а другой может с ним не согласиться. И в результате — один врач назначит медикаментозное лечение, а другой — нет. При этом мы хорошо знаем, что психофармакология вышла далеко за границы психиатрической клиники. Существует ли эта проблема? Часто ли мы вспоминаем о том, что среди побочных эффектов многих препаратов присутствует практически вся психопатология?..

В психологии аномальность обычно связывается с поведением, отклоняющимся от принятого в конкретном обществе. На первый взгляд, абсолютно верный подход. Но при более глубоком анализе мы не можем не увидеть, что здесь психическая норма идентифицируется с определенным социальным конформизмом.

Я резко отрицательно оцениваю раздутый прессой вопрос о так называемой «карательной психиатрии», словно у нас не было никакой другой. Но, как это ни стран-

но, именно этот — психологический — подход к проблеме нормы и патологии долгое время был одним из основных в советской психиатрии (что позволяло в отдельных случаях держать «за хроников» всех нонконформистов, типа гомосексуалов и диссидентов).

Два слова о психоанализе. В психоанализе, как известно, здоровье определяется не с точки зрения нормы или патологии, а в терминах интеграции (Эго) и свободы от конфликта. А терапия каждого случая ведется с учетом общей концепции развития и на основе детальнейшего изучения индивидуального развития конкретной личности, ее психо- и (пользуясь привычной терминологией) индивидуального патогенеза.

Во многом аналогичные подходы используются в психотерапии по В. Н. Мясищеву, в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б. Д. Карвасарского-Г. Л. Исуриной-В. А. Ташлыкова.

Краеугольным камнем здесь является положение о том, что случаев столько же, сколько пациентов, поэтому особое внимание уделяется не идентификации случая, не нозологии, а конкретной (индивидуально обусловленной) феноменологии, терапевтической технике и закономерностям самого терапевтического процесса. Я вначале упоминал, что в классических учебниках по психиатрии на лечение отводится не более 10% объема. В психотерапии — наоборот — 90%. Это отличие случайно или нуждается в самостоятельном изучении?

Я вовсе не хочу сказать, что психодинамические методы психотерапии — самые лучшие. Но в них есть хоть какая-то концепция, хоть какие-то представления об «анатомии» и «физиологии» психики, хоть какая-то система координат, позволяющая не обрекать терапевта и пациента на бесконечное и нередко бессмысленное блуждание

в бескоординатном пространстве, когда оба участника процесса не знают — куда и зачем они идут?

Сейчас в психотерапии мы наблюдаем безудержное творчество, особенно в части, касающейся методов. Но метод — это всегда производное от концепции или от теории. Методов все больше, новых теорий — нет. Более того, некоторые теории исчезают, а другие можно было бы определить как «однодневки». И здесь как раз очень уместен наш медицинский консерватизм. Так как любая теория в отношении психики является гипотетической, всегда уместно спросить: а сколько существует эта теория, имеет ли она достаточно убедительное обоснование, работает ли она и подтверждается ли практикой?

Я еще раз повторю, что в моем докладе вовсе не предлагается отказаться от классификации психических расстройств (я стараюсь избегать термин «болезни»). Здесь также нет призыва отказаться от применения психофармакологических средств. Но мы всегда были и будем против их необоснованного назначения, изолированного и бесконтрольного применения. То есть без систематической, патогенетически ориентированной и концептуально разработанной психотерапии.

Я также еще раз хочу повторить, что это пока не анализ проблемы, а анализ перечня имеющихся проблем. Вероятно, далеко не всех.

# ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

> Страховая медицина появляется не с введением тех или иных законов, а с формированием принципиально нового терапевтического навыка — считать.

## ВВЕДЕНИЕ

Современный этап российских реформ вызвал фундаментальные изменения в системе охраны здоровья нации и со всей очевидностью поставил проблему осмысления ситуации, в частности, с точки зрения трех ключевых вопросов: стоимости, качества и доступности психотерапевтической помощи для населения. Самостоятельной проблемой является оценка действенности профилактической, терапевтической и коррекционной работы, а также — сугубо прагматический вопрос — их экономической эффективности.

Все эти проблемы для российских специалистов, традиционно не питающих склонности считать, являются новыми и требуют как общеметодического анализа, так и апелляции к зарубежному опыту (при обязательной критической переоценке последнего, так как и экономические, и юридические базисы всего комплекса этих проблем фактически не сравнимы).

Появление этой работы имеет свою историю, так как вначале она задумывалась как рецензия на книгу «Стоимость и эффективность психотерапии»[1], но в итоге вы-

[1] Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999.

лилась в гораздо более широкие размышления на эту тему, а это несколько иной жанр. В то же время мы будем активно апеллировать к упомянутой выше работе. Уже после начала подготовки этого материала было осознано, что он будет лишь этапным, так как вряд ли удастся изложить и проанализировать все возникшие идеи в краткие сроки, диктуемые активной подготовкой новых официальных документов Министерства здравоохранения. В этом разделе будет предпринята попытка осмыслить только чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, в частности статью Джона Догерти «Рыночные реформы здравоохранения и экономическая эффективность психотерапии»[1], а также материал «Психотерапевтическое обеспечение и экономическая эффективность. Канадская точка зрения»[2].

## АМЕРИКАНСКИЙ ОПЫТ

### Запрос и стоимость

Ссылки на беспрецедентный рост психопатологии и неутешительные прогнозы ВОЗ на ближайшие десятилетия в этой сфере стали уже общим местом, и мы не будем повторять их. Упомянем лишь еще раз, что, как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом униполярная депрессия займет второе место (после ишемической болезни) в первой десятке заболеваний, приводящих к инвалидности.

---

1 *Docherty J. P.* Market-Based Health Reform and the Cost-Effectiveness of Psychotherapy. In: Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999. P.3-14.

2 *Sadovoy J., Perry K.* Psychotherapy Services and Cost-Effectiveness: A Canadian Perspective. Там же. P. 327-334.

На фоне этих неутешительных прогнозов наши американские коллеги в первую очередь обращают внимание на постоянное расширение спектра психиатрической помощи и психотерапевтических услуг и столь же беспрецедентный рост их стоимости, а также увеличение удельного веса и повышение популярности частных терапевтических учреждений за два-три последних десятилетия. Так, например, в США:

— количество частных психиатрических лечебниц с 1970 по 1988 год возросло с 150 до 444 (то есть почти в 3 раза, что составляет 296%);
— количество случаев госпитализации по психиатрическим показаниям с 1965 по 1990 год увеличилось с 1 565 525 до 2 262 474 случаев в год (в 1,5 раза, или 145%);
— количество амбулаторных посещений пациентов имеющих психиатрические диагнозы за 1965-1990 годы возросло с 1 071 000 до 5 810 405 в год (в 5 раз, или 543%);
— количество амбулаторных посещений по причинам связанным с парапсихиатическими нарушениями за тот же период увеличилось почти в 10 раз.

Здесь, впрочем, как и далее, неуместно какое-либо сравнение. Мы вряд ли уступаем США в уровне психопатологии, но количество специалистов, действующих в области психического здоровья: психиатров, психотерапевтов, психологов, психиатрических медсестер (с высшим образованием) и социальных работников у нас примерно в 10-15 раз меньше. Поэтому целью данного анализа является не сравнение, а выявление и изучение тенденций в их социально-экономической и исторической перспективе.

С этой же точки зрения следует рассматривать и американские данные об экономике сохранения психического здоровья, где наблюдается беспрецедентный рост расхо-

дов. Например, бюджет Национального Института Психического Здоровья США с 1945 года до 1996 года (более поздних данных нет) увеличился с 1 млн 119 тыс. долл. до 661 млн 290 тыс. долл.: немыслимая цифра — 59000%! При этом в данные 1996 года не включены средства федерального правительства США, выделяемые Национальной Ассоциации Охраны Психического Здоровья на борьбу со злоупотреблением наркотиками, бюджет которых составляет около 2 миллиардов долларов. А совокупные расходы всех организаций, занятых или привлекаемых к охране психического здоровья в США, только за период с 1969 по 1990 год увеличились с 3, 3 млрд долл. до 28,4 млрд долл. (в 8,6 раза).

Законодатели и правительство США оценивают рост расходов на медицину в целом как «пугающий», при этом в области психиатрии и психотерапии, где стоимость лечения и общие затраты росли за последние десятилетия почти в 3 раза быстрее, чем в соматической медицине, эти оценки звучат как «удручающие».

Тем не менее, официально констатируется, что спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь и особенно — на амбулаторное лечение в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, что требует пересмотра системы предоставления такой помощи пациентам и расширения перечня страховых случаев в психотерапии.

### Качество

По мнению квалифицированных американских экспертов, основной проблемой в области качества охраны психического здоровья являются: диагностика, выбор метода и определение протяженности курса лечения (в последнем случае — с точки зрения его адекватности имеющемуся психическому расстройству). Здесь, судя по всему, мировая и российская медицина имеют общие проблемы,

среди которых следует выделить главные. Во-первых, это «региональный разнобой» (а точнее было бы сказать: «полный волюнтаризм» отдельных специалистов даже в одном и том же городе) в выборе методов терапии или коррекции, которые более соотносятся с индивидуальными предпочтениями конкретных врачей или психологов, чем с клиническими показаниями.

Но там, где мы традиционно апеллируем к отдельным наблюдениям или «отдельным недостаткам», наши западные коллеги оперируют данными конкретных исследований и цифрами. В частности, авторами рецензируемого исследования отмечается, что врачи общей практики, как правило, вообще не распознают депрессии, а в тех единичных случаях, когда такой диагноз ставится, ошибочные заключения составляют 56%. Как бы это ни казалось странным, но психиатры и психотерапевты ставят такие же ошибочные диагнозы депрессии без достаточных на то оснований в 64% случаев[1]! Наиболее эффективные и имеющие солидное научно-практическое обоснование психосоциальные методы лечения фобий применяются лишь у 15-38% пациентов с этим заболеванием.

Следует особо отметить, что проведенный в США анализ многочисленных случаев негативных результатов лечения и рецидивов депрессии свидетельствует, что большинство из них обусловлены недостаточной дозой или недостаточной продолжительностью курса лечения. В частности, в 29% случаев, при наличии явных показаний антидепрессанты вообще не назначались, еще в 24% случаев они назначались или в недостаточной дозе, или вообще для приема «время от времени». При этом положение о наблюдении за реакциями пациентов на назначение тех или иных препаратов, а также сочетании медикаментозного лечения

[1] Для этого есть конкретное объяснение, не имеющее ничего общего с гипердиагностикой, о котором будет сказано ниже.

с психотерапией выполняется в единичных случаях. Одновременно с этим, несмотря на совершенно противоположные рекомендации ведущих медицинских центров, среднесуточная доза нейролептиков, назначаемая стационарным больным, увеличилась за последние десятилетия почти в 2 раза. Во многих случаях необоснованно пролонгируются сроки стационарного лечения пациентов. В качестве особого вывода (делающего честь нашим коллегам) следует отметить, что в случаях неудачного лечения или рецидивов у терапевтов начинает превалировать отрицательное отношение к пациентам и избегание трудных случаев.

## Доступность

По современным данным, более 40 млн граждан США (14% от 285 млн населения) не имеют медицинских страховок и, следовательно, не могут претендовать на сколько-нибудь качественное медицинское обслуживание. Еще более удручающие данные выявлены при «эпидемиологическом» обследовании: оказалось, что лишь менее 30% лиц, страдающих психическими заболеваниями, получают хоть какую-то профессиональную помощь. Квалифицированную психотерапевтическую помощь, даже из тех категорий населения, которым она доступна, получают менее 50% пациентов с аффективными расстройствами, около 30% — с тревожно-мнительным синдромом и лишь 20% зависимых.

Таким образом, следует сделать вывод, что данные, приведенные в разделе «Спрос и стоимость», отражают спрос и, соответственно, затраты примерно на 30~40% всех потенциальных пациентов. Почему одни прибегают к психотерапевтической помощи, а другие нет? Это вопрос, на который может быть много гипотетических ответов, но лучше бы его исследовать.

Еще более удивительными (и некоррелирующими с приведенными выше) представляются данные о низкой

частоте повторных обращений за помощью лиц, страдающих хронической психиатрической патологией и зависимостями: только 42% таких пациентов в среднем хотя бы раз в год обращались в психиатрические учреждения по поводу их основного заболевания, и только 26% получали при этом квалифицированную профессиональную помощь.

Какой вывод можно сделать? Вероятно, существуют две различных категории пациентов с психопатологией: проявляющие заинтересованность в лечении и не имеющие таковой.

## ВЫПОЛНИМ ЛИ СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАКАЗ?

Растущая обеспокоенность состоянием психического здоровья во всем мире диктует весьма специфический социальный заказ: снизить стоимость, повысить качество и увеличить доступность квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи. Несколько забегая вперед, вероятно, следует признать, что в рамках действующей парадигмы теории и практики этот социальный заказ невыполним. Следовательно, требуется пересмотр парадигмы, актуальной теории и сложившейся практики. Но прежде чем говорить о пересмотре, следовало бы хотя бы попытаться оценить наличное состояние дел в этой сфере.

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия «нормы» и «патологии»[1] в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более «приземленные» и более практические.

---

[1] См. с. 206-220 данного издания.

## МЕТОДИЧЕСКИЙ БУМ

Благодаря преимущественно работам 3. Фрейда и его последователей уже в начале 40-х годов XX века психотерапия фактически сложилась как самостоятельная специальность и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в большинстве передовых стран мира. Характерной особенностью этого периода стало безудержное творчество специалистов: хотя большинство квалифицированных экспертов считают, что количество научно-обоснованных методов в психотерапии весьма ограниченно (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен «новых» методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как неоднократно отмечал Б. Д. Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное «размывание» понятия психотерапии как узкомедицинской (то есть исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и не-врачей) очень различно. Одни придерживаются строго «медицинской модели», другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до «медико-психологической», третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки прокрустова ложа медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к «медико-психологической», уже хотя бы потому, что не замечать явную (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает и методологический, и кадровый компоненты, при этом по-

следний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным, на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится, как минимум, 3 практикующих психолога, при этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт — это исходно врач-психиатр, игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это — почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом, наша сфера деятельности ближе к варианту некоего «кустарного производства», где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати — автор не делает для себя исключение). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное), деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких «высоких» материях, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супервизорского контроля коллег и т. д.

## БОРЬБА ЗА РЫНОК

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента подвергает последнего система-

тическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто «как раз сейчас разрабатывает») конкретный терапевт, вместо того чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается и который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Если ли вообще в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли вообще создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют, куда или к кому лучше направить этот «страховой случай». Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах, как психотерапия, стоматология, косметология, массаж и мануальная терапия, а также психофармакология и пищевые добавки, то есть там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения) и разгрузить таким образом не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область финансовоемких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать, канализовать и использовать в интересах государства.

## НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ СТАТУСА ПСИХОТЕРАПИИ

Борьба за психотерапевтический рынок дополняется «неурегулированностью» отношений с психиатрией. Если кратко сформулировать эту проблему, то ее суть состоит в том, что каждый уважающий себя психиатр считает себя «немного психотерапевтом» и не склонен рекомендовать пациенту обратиться к специалисту в смежной области знаний и практики — это с одной стороны. А с другой — квалифицированный психотерапевт, как правило, не очень доверяет психиатру, так как обычно имеет опыт ситуаций, когда направленный им для консультативной помощи к психиатру пациент возвращался с «пачкой рецептов» и рекомендацией «бросить эту ерунду» (в одних случаях это может относиться к проблемам пациента, а в более «жестких» — и к психотерапии в целом).

Психотерапевты очень любят винить во всем психиатров. Но всегда ли они (то есть мы — психотерапевты) правы? Попробуем взглянуть на проблему с иной точки зрения. Одной из современных тенденций является расширение основных направлений деятельности системы здравоохранения в область, традиционно обозначаемую как социальная сфера. Психотерапия не является исключением. Но она гораздо больше, чем все остальные направления медицины, выходит за рамки того, что традиционно принято относить к здравоохранению. Являются ли, например, межличностные и внутриличностные конфликты, неудовлетворенность сексом, недостаточной общительностью или способностью нравиться другим, а также затруднения в разрешении проблемных ситуаций личной жизни и даже суицидные мысли, наркомания, курение или разногласия в решении вопросов планирования семьи (составляющие в совокупности более 50% причин обращений к психотерапии) сугубо медицинскими или хотя бы чисто психиатрическими проблемами? Не является ли нонсенсом то, что психиатр несет ответствен-

ность за суицид пациента почти в той же мере, что хирург за летальный исход на операционном столе? Кто вообще может отвечать за волю, мотивации, аффективные порывы или поступки другого? Еще один аспект той же проблемы: почему практически во всех руководящих документах психиатр оказывается более ответственным, чем психотерапевт? Почему мы никак не можем признать, что психиатрия и психотерапия — это не только родственные, но и качественно различные специальности, в которые приходят люди с исходно различными профессиональными установками?

## СПЕЦИФИКА СОДЕРЖАНИЯ И ЗАДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ

Как отмечает Б. Д. Карвасарский с соавторами[1] (2000): «В русскоязычной литературе... принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного» (с. 657). Если убрать из этого определения «лечебного» и «больного», то от медицины практически ничего не остается, так как воздействием на психику занимаются и педагогика, и телевидение, и политика, и реклама и т. д. Через психику и на психику воздействуют все: от первого (еще внутриутробного) контакта ребенка с матерью до последнего — со священником, родственником, близким другом или врачом. Напомним также, что многие из обращающихся к психотерапевтам и психологам ни соматически, ни психически больными не являются и ни в каком воздействии на организм не нуждаются.

Правда, не будем здесь лукавить и передергивать, психотерапия — это особый вид общения, имеющий очень солидное научное и эмпирическое обоснование, которому

[1] *Карвасарский Б. Д.* (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2000.

учат долго и основательно, особенно с точки зрения того, где искать корни самых различных психологических проблем и каковы могут быть формы и методы их разрешения.

Отношение к психотерапии как профессии, по определению уже упомянутого Б. Д. Карвасарского, — «второго сорта» остается преобладающим. Здесь много вины самой психотерапии, очень мало апеллирующей к обобщению клинических данных и эксперименту. Но есть и чисто бытовая причина. Многие, в том числе врачи, считают психотерапию разновидностью обычной беседы, с которой она не имеет ничего общего, кроме того, что и там и здесь используются слова. Чтобы еще раз прояснить это широко распространенное заблуждение, позволим себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель — это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне оперировать, например, мозг человека, который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту, — умение постоянно анализировать: «Не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом?», а также: как это соотносится с состоянием его аффективной сферы, психическим развитием и актуальным психо-эмоциональным состоянием и массой других психических параметров, одно перечисление которых заняло бы несколько страниц. Не говоря уже о том, что реакции квалифицированного терапевта всегда строго соотносятся с конкретной методикой и методологий, формой патологии и этапом лечения. И представление о психотерапевте, дремлющем в кресле напротив или у изголовья пациента, не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением. Те, кто работает в рамках реальной психотерапии, хорошо знают, что при эффективной ра-

боте специалист просто не в силах принять более 6-8 пациентов за полный рабочий день.

Тем не менее, вопрос о целях и задачах психотерапии остается достаточно сложным. Пролистав несколько авторитетных изданий, я нигде не обнаружил их четкого определения. В большинстве случаев цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими): «разрешение внутри- и межличностных конфликтов», «оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности», «повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение», «расширение временной перспективы», «улучшение социального самочувствия и социальной адаптации» и т. д. и т. п. В какой мере это относится к психиатрии?

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ

Здесь, после некоторой апологии, мы вынуждены говорить преимущественно о недостатках. В силу специфики «работы за закрытой дверью» каждый конкретный случай психотерапии фактически всегда оказывается вне профессионального или какого бы то ни было иного контроля. Современная законодательная база, в принципе, вообще не регулирует вопрос о том, кто может заниматься психотерапией? Если быть более точным, то эта законодательная база прикрывается «фиговым листком», на котором начертано, что психотерапия — это медицинская специальность, которой в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку и т. д. Но все мы знаем, и это уже отмечалось, что это положение повсеместно не выполняется, и осмелимся предположить — никогда не будет выполняться. Психологам теми же актами предписано заниматься только «психологическим консультиро-

ванием», но ни в коем случае не психотерапией, хотя в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же — не с точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) — нет. Но наличие или отсутствие этих прав не имеет никакого отношения к проблеме профессиональной компетентности психотерапевта.

Добавим к этому, что за исключением первых мучительных попыток введения института профессионального тренинга и супервизий в рамках таких направлений психотерапии, как психоанализ и гештальт, ни в процессе обучения психотерапевта, ни в процессе его практики к уровню его компетентности и способности к этой деятельности, фактически, не предъявляется никаких требований (и даже если апеллировать к квалификационным тестам — они характеризуют знания, но не навыки и содержание профессиональной деятельности специалиста).

Характерно, что даже чрезвычайно деликатные попытки «приоткрыть закрытую дверь» наталкиваются на тезис о приоритете конфиденциальности и авторитета специалиста, являющегося самостоятельным лечебным фактором. И это действительно сложный вопрос: что важнее — контроль над содержанием практики, реальное исследование ее эффективности и изучение опыта или конфиденциальность, открывающая неограниченные возможности для паранаучных спекуляций?

# О ЕДИНСТВЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Тезис, вынесенный в заголовок, никем не оспаривается. Но есть одна специфика современности — наши теории почти никак не апеллируют к практике. Или апеллируют к практике вообще, без конкретных случаев. То же самое повторяется в большинстве руководств по психотерапии, где описываются техники, кратко иллюстрируемые теми или иными случаями (чаще — выдержками иЗ случаев). Описание конкретных случаев с конкретной техникой и даже теорией также иногда встречается. Но обобщения практики (я имею в виду — одной и той же конкретной техники, например, на 50-100 клинических случаях) — это уже нечто почти не существующее. Есть несколько известных нам зарубежных источников, например, работы Л. Люборского и Б. Сингера[1], сравнивающих различные методы психотерапии. Но если мы заблуждаемся, то будем благодарны за любые монографические источники, где описывается, например, психотерапия депрессий, навязчивостей или фобий. Исключение составляет, пожалуй, только шизофрения, и то преимущественно — опять же за рубежом.

Психиатры критикуют нас большей частью справедливо. Мы с удовольствием и нередко высокохудожественно описываем свою деятельность, но в наших трудах пока не слишком много науки, исследований и измерений, доказательности, повторяемости и проверяемости результатов. Может быть, так и должно быть? Может быть, это все-таки не наука? А если наука, то почему такое положение сохраняется с такой завидной устойчивостью?

Нужны ли нам вообще разработки в области стандартизации психотерапевтических методов и процедур?

---

[1] *Luborskry L., Singer B.* Comparative studies of psychotherapies: is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry, 1975. #32. P. 995-1008.

Если нужны, то почему их нет? Если ли у нас специалисты по конкретным формам заболеваний? И если они есть — почему нет системы отбора пациентов для направления их по профилю того или иного специалиста? Почему лишь единично представлены работы, где обсуждаются показания и противопоказания к тому или иному методу психотерапии, и главное — не только обсуждаются, а и обосновываются? Много ли вообще в психотерапии результатов, которые могут быть приписаны какой-то конкретной методике, а не всей психотерапии?

Еще несколько вопросов. Существуют ли какие-либо объективные методы оценки профессиональной компетентности практикующих специалистов? Знаем ли мы вообще, в какой мере компетентность и навыки сказываются на результатах? Или нам это не нужно?

## О СЛОЖНОСТЯХ СОЕДИНЕНИЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

К предыдущему разделу есть много возражений (и вполне объективных). Во-первых, мы почти никогда не имеем дела с каким-то «гомогенным» расстройством личности. Это чаще всего — «букет». Во-вторых, какими бы «чистыми» аналитиками, бихевиористами или гештальтистами, мультимодальщиками или интегративщиками мы не являлись, в практике каждого, безусловно, присутствует некая комбинация всех терапевтических подходов и методов, помноженная на специфику конкретной стадии терапии и еще больше — на индивидуальную одаренность или — во всяком случае — неповторимую индивидуальность конкретного терапевта. В фразе о том, что ведущим терапевтическим фактором является личность терапевта (особенно если эта личность квалифицированная), почти все правда. В итоге методов оказывается столько же, сколько специалистов. Может быть, нужен иной подход: изуче-

ние не методов, а специалистов, как некоего весьма специфического терапевтического инструмента. Почему нет? Но это опять же вопрос. Его можно еще раз расширить: в зависимости от формы патологии и специфики общения с конкретным пациентом терапевт всегда немного «модифицируется». И тогда оказывается, что методов столько, сколько пациентов.

Совершенно четко пока можно сказать только одно: обратная связь между теорией и практикой оставляет желать много лучшего. Но это не значит, что она не достижима.

Что вообще понимается под заключением «успешный случай»? Как правило, снижение или исчезновение симптома и удовлетворенность пациента терапией. Правильно ли это? Попробуем помыслить сугубо медицинскими аналогиями: если при остром животе путем обезболивания мы достигли исчезновения или редукции симптома: пациент перестал стонать, прижимать руки к животу и расслабленно выразил благодарность доктору — этого достаточно? Можно больше не беспокоиться? Здесь опять же — только вопрос. А зная о конверсионной природе многих из наших симптомов и такие красивые термины как «компромиссное образование», этот вопрос можно продолжать до бесконечности.

Если бы хотя бы часть тех сил, которые тратятся на обоснование исключительности той или иной психотерапевтической школы, была направлена на исследования, и не только личных ощущений терапевтов об их успешности или недостаточной успешности, вероятно, мы могли бы подойти к этой проблеме более адекватно и качественно изменить ситуацию.

Вне всякого сомнения, есть масса очень хороших психотерапевтов, но психотерапевтическая система, основанная на реально действующих стандартах подготовки специалистов, оценки их профессиональной компетентности и эффективности деятельности, пока только складывается.

## ПЕРСПЕКТИВЫ

Пока они не кажутся радужными. И главная причина — нет заинтересованности сторон. Каких? Официальная медицина, как уже отмечалось, относится к психотерапии как специальности «второго сорта», хотя в методически безупречных исследованиях Граве, Донати и Бернауэра[1] было убедительно обосновано, что включение методов психотерапии (фактически — не требующих никаких вложений, кроме подготовки специалистов) в комплекс лечебных процедур снижает расходы на поддержание психического и соматического здоровья населения в 3 раза.

Странно, но эти результаты практически никого не заинтересовали, кроме самих психотерапевтов, так же как и известные аналитические материалы ВОЗ, что более 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. Специалистам Министерства здравоохранения не составит труда вычислить, сколько психотерапевтов нам нужно. И в этом плане разработка проекта Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» должна вызвать самое пристальное внимание всех заинтересованных сторон, так как она должна стать стратегической программой не только на 2003-2008 годы, но и заложить основы будущего поступательного развития российской психиатрии и психотерапии.

Как представляется, в этой программе должны быть предусмотрены специальные разделы для стимуляции развития частной медицины и негосударственного сектора подготовки и переподготовки специалистов, которые демонстрируют гораздо большую мобильность и адаптив-

---

[1] *Grawe K., Donati R. & Bernauer F.* Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Horgefe; Gottingen; Bern; Toronto; Seatle, 1994.

ность к условиям рыночной экономики. Тем более что главной пока остается проблема кадрового дефицита, а психотерапия — это не та сфера, где эта проблема может быть решена директивными мерами.

Кадровый дефицит в психотерапии позволяет каждому, кто научился хотя бы просто слушать пациента, — выдавать себя за психотерапевта, и при этом быть достаточно «успешным», прежде всего — материально успешным. И зачем, скажите, такому специалисту контроль компетентности или качества? И здесь очень важен западный опыт, где этот контроль осуществляет не государство, а исключительно профессиональные психотерапевтические сообщества, но не любые, а, как правило, аффилированные государством.

При общем взгляде пока получается, что все выглядит не очень оптимистично. Но это только на первый взгляд. Мы начали об этом думать и говорить. И это дает надежду.

## КАНАДСКИЙ ОПЫТ

### Юридическая база и экономика

Юридическая база национальной системы здравоохранения Канады была установлена только в 1984 году с принятием закона «О здоровье нации». При этом страхование в отношении негосударственного сектора медицины было запрещено, и все канадские врачи оказались в рамках жестко централизованной системы финансирования. В результате Канада получила «взлетающие до небес» цены на все виды лечения, которые становятся все более непосильными для федерального бюджета здравоохранения, что, естественно, существенно ослабило влияние центральных органов здравоохранения на провинции. В связи с этим в последние годы наметилось движение в сторону возрождения частного сектора в психиатрии и

психотерапии, которое происходит при существенном противодействии федерального правительства, которое пытается сохранить действующую систему, «скрываясь» за декларациями о «неотъемлемом праве канадцев на всеобщую доступность здравоохранения». Их оппоненты задают непраздный вопрос: если у государства нет средств для обеспечения всех доступной и квалифицированной медицинской помощью, почему бы не позволить части граждан, которые способны и хотят платить за это сами, делать это?

Канадские эксперты отмечают, что при действующей форме страховой оплаты медицинских услуг практически невозможно получить реальные данные об их стоимости и экономической эффективности, так как, например, в психиатрии при приеме счета к оплате фиксируется только продолжительность лечения, а не его содержание.

## Регламентация психотерапевтической деятельности

Следует отметить, что канадское законодательство не предусматривает каких-либо обязательных документов или специальных сертификатов для занятия психотерапевтической деятельностью ни в одной из провинций. Хотя определяется продолжительность приема пациента — от 15 до 30 минут, и выделяется немедицинская и медицинская модели психотерапии, при этом в последнем случае оговаривается не только использование вербальных и невербальных коммуникаций между терапевтом и пациентом, но и возможность назначения медикаментозного лечения. В отличие от США, государственное страховое финансирование предусматривается только для психотерапевтов, имеющих диплом врача, в том числе врача — не психотерапевта, но в некоторых провинциях возможность страховой оплаты проведения психотерапии врачом общей практики ограничивается шестью сеансами в год.

В силу этих обстоятельств, как отмечают канадские исследователи, врачи сами определяют свою нагрузку и то, что они... пишут в своих отчетах. В качестве дополнительной негативной тенденции «огосударствливания» всей психиатрии канадскими аналитиками отмечается все более возрастающая трудность для нового пациента «попасть на прием», особенно это касается пожилых пациентов и детей.

Очереди на прием в государственные психиатрические и психотерапевтические учреждения можно ждать месяцы и даже годы, особенно в случаях потребности в индивидуальной психотерапии. Даже семейные врачи и врачи общей практики предъявляют претензии психиатрам и психотерапевтам за их «недоступность» для тех, кто нуждается в квалифицированной помощи. Правительство предпринимает в этой вопросе попытки «политического давления» на врачей, но, как и во всех других случаях «нематериального побуждения», эти попытки остаются безуспешными, тем более что законом врачам всех специальностей запрещено выставлять счет за лечение на сумму, превышающую установленную правительством (естественно, что при равной оплате они предпочитают «легких» и «успешных» пациентов). По этой же причине лучшие специалисты и наиболее тяжелые случаи оказываются в сфере частной психотерапии, преимущественно — немедицинской, но с постепенно увеличивающейся «прослойкой» психиатров, которые в этом случае имеют право самостоятельно назначать гонорар и получать плату за свои услуги непосредственно от пациента.

Государственные психотерапевты-психиатры в Канаде, так же как и частные, ориентированы преимущественно на психодинамические методы психотерапии. Выбор начала и завершения лечения определяется совместным решением терапевта и пациента, но не существу-

ет никаких критериев оценки его результатов или эффективности.

В официальных документах министерства здравоохранения Канады указывается, что врач-психотерапевт должен иметь специальную подготовку в области психотерапии, но нигде не определяется ее содержание.

## Рост объема психотерапевтических услуг

Объем психотерапевтических услуг в Канаде постоянно увеличивается, но в немедицинском секторе психотерапии он растет значительно быстрее, хотя стоимость услуг и у психотерапевтов-врачей, и у не-врачей — примерно одинакова. Например, в провинции Онтарио психиатры проводят в год в среднем 3 миллиона амбулаторных приемов общей стоимостью около 200 миллионов долларов (то есть примерно 66 долларов за один визит). Нужно отметить, что амбулаторная психиатрическая помощь «покрывает» 80% всех пациентов, и только 20% получают стационарное психиатрическое лечение. В рамках немедицинской модели психотерапии в Онтарио в год проводится около 2,5 миллионов сессий, и их общая стоимость составляет около 125 миллионов долларов (50 доллар за сессию). Однако последние данные, безусловно, занижены, так как здесь специалист сам получает оплату и сам отчитывается о суммах, полученных за лечение, тем более что по другим данным специалисты в частном секторе берут за свои услуги на 10—50% больше, чем в госсекторе, а средняя «стоимость» пациента, по расчетам канадских экспертов, составляет 782 доллара в год при средней продолжительности терапии 7,8 сеанса (то есть получается около 100 долларов за одну сессию). Здесь сразу можно сделать дополнительный вывод о преимущественной ориентации канадских специалистов на краткосрочную терапию.

Уместно отметить, что в анализируемой провинции Онтарио зарегистрировано около 1500 психиатров, столько

же (около 1500) психологов и более 400 социальных работников, действующих в области психотерапии (на 10 миллионов населения).

## Страховые случаи и особенности финансирования

Очень важная особенность. В канадской страховой медицине редко применяются «подушные» страховые отчисления. Как правило, правительство заключает договоры на финансирование тех или иных медицинских организаций, институтов или учреждений, и уже сама эта организация осуществляет из выделенного ей федерального бюджета выплаты конкретным врачам (естественно — членам или сотрудникам именно этой организации). То есть если какая-то организация заключает очень выгодную сделку с правительством, то эта сделка «больно ударит» по тем врачам, которые не принадлежат к этой организации, и тем пациентам, которые не обслуживаются этой организацией. Исключительный контроль министерства здравоохранения над финансированием, с одной стороны, казалось бы, позволяет контролировать ситуацию, а с другой — делает совершенно неясным вопрос эффективности терапии, впрочем, как и распределения и расходования средств. В последние годы действующая система подвергается все большей критике и, вероятно, будет пересматриваться.

С учетом имеющихся данных мы можем только в качестве примерных ориентиров показать средние расходы на всю психоневрологическую помощь в провинции Онтарио: годовой бюджет этого вида медицинской помощи составляет около 3 миллиардов долларов, таким образом, при населении провинции в 10 миллионов человек среднедушевые расходы составляют 30 долларов на человека. Из упомянутых выше 3 миллиардов 80% идет на психиатрию и 20% — на психотерапию.

К этому следует добавить еще одну специфику: количество выделяемых из федерального бюджета средств напрямую зависит от количества врачей (но не пациентов) в конкретном городе или провинции. В результате возникает очень интересная ситуация, когда в целях сокращения бюджетного бремени правительство уменьшает наборы в медицинские университеты, сокращает количество ставок врачей-психиатров в клиниках, увеличивает срок послевузовской подготовки психиатра с 4 до 5 лет и одновременно ограничивает количество мест в этой 5-летней резидентуре.

## Оплата и качество деятельности специалистов

Почасовая оплата, как уже отмечалось выше, сильно разнится, однако средний заработок канадского психиатра (с включением оплаты совмещения, преподавания и т. д.) составляет около 160 тысяч канадских долларов в год. При этом, психиатры-психоаналитики зарабатывают в среднем примерно вдвое больше. В связи с этим многие психиатры остаются таковыми на государственной службе и действуют в качестве частнопрактикующих психоаналитиков после нее. При этом правительство вынужденно признает такое положение, так как его попытки «сдерживать» ставки оплаты врачей в госсекторе не могут конкурировать с требованиями рынка.

Еще одна очень существенная деталь: по данным изучения мнений пациентов, практически невозможно получить адекватную психотерапевтическую помощь в рамках страховой медицины, и существует огромный разрыв между качеством этой помощи у одного и того же врача, в зависимости от того, в какой ипостаси он выступает: государственной или частной.

Несмотря на неопределенность статуса психотерапии, к страховым случаям относятся следующие ее направле-

ния: психоанализ, поведенческая психотерапия, интроспективный метод, гештальт и гипноз.

Хотя врачи общей практики и психиатры обязаны ставить диагноз при каждом обращении пациента, имеется выраженная тенденция в интересах конфиденциальности (и — не будем скрывать — заинтересованности пациента) ставить как можно менее специализированный диагноз, самыми распространенными среди которых являются депрессия, фобии и соматоформное расстройство, а также ипохондрия.

## Заключение

Действующая в настоящее время в Канаде система финансирования и контроля деятельности психиатрической и психотерапевтической служб не позволяет сколько-нибудь адекватно оценивать ее экономическую эффективность. Сохраняющаяся, хотя и постепенно модифицирующаяся ориентация правительства на фискальные меры и методы контроля скорее искажает, чем проясняет ситуацию. Усиление этих мер, имеющее своих сторонников, способно привести вообще к исчезновению некоторых видов психотерапевтической помощи или их уходу в финансовое «подполье», что, естественно, скажется на здоровье нации. Улавливание рыночных тенденций развития и канализация последних представляется единственно адекватным выходом.

«Двойная бухгалтерия» в области официальной отчетности и реальной диагностики психических заболеваний не может быть искоренена, и следовательно, для нее должны быть найдены приемлемые формы, удовлетворяющие потребности и прогностически верной статистики, и экономически заинтересованного государства, и морально раздвоенного специалиста, и ориентированного на конфиденциальность пациента. Но при этом психотерапия

не может развиваться далее без надежного учета и отчетности.

Относительно непродолжительные курсы терапии (7,8 сессий на одного пациента в год) позволяют предполагать, что психотерапия нередко используется в качестве дополнительного или «кодового» названия для совсем иных видов лечения в связи с законодательно определенным количеством оплачиваемых сессий в год (6 — у врача общей практики), или, соответственно, она «маскируется» в отчетности под другие страховые случаи.

Тем не менее, большинство специалистов приходят к общему выводу, что в такой специфической сфере деятельности, как психотерапия, специалист должен опираться не на определенные нормативы, финансовые или временные стандарты, а на терапевтические нужды пациента.

## ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Таким образом, с учетом поставленной задачи — улавливать тенденции, последние могут быть сформулированы следующим образом.

*В экономике психиатрии и психотерапии:*

— рост общего количества и удельного веса психопатологии,
— повышение стоимости психотерапевтических услуг,
— незначительное увеличение количества случаев госпитализации,
— повышение ориентации на амбулаторную психотерапевтическую помощь,
— пугающий рост расходов на медицину в целом,
— беспрецедентный рост расходов на оказание психотерапевтической помощи,

— невозможность обеспечения растущего социального запроса на основе общедоступной (бесплатной государственной) и даже страховой медицины.

*В организации психотерапии:*

— расширение спектра психотерапевтических услуг,

— повышение общего спроса на получение психотерапевтической помощи,

— увеличение удельного веса частных психотерапевтических учреждений,

— неэффективность нематериальных методов стимулирования специалистов,

— усиление внимания к вопросам подготовки специалистов,

— последовательное расширение взаимодействия врачей-психотерапевтов с немедицинскими и неспециализированными формами оказания психотерапевтической помощи (реализуемой психологами, врачами общей практики, социальными работниками и медицинскими сестрами по уходу),

— повышение ориентации на качество работы и общественную экспертизу деятельности специалистов.

*В методологии психотерапии:*

— усиление внимания к проблемам диагностики, выбора метода и определения протяженности курса психотерапии с точки зрения их адекватности имеющейся патологии,

— расширение методических подходов психотерапии преимущественно за счет обращения к психологическим и социально-психологическим концепциям,

— ориентация на разработку методов объективного контроля за ходом и результатами психотерапевтической помощи,

— повышение внимания к научному обоснованию и научному анализу психотерапевтической практики,

— формирование представлений об обязательности сочетания психиатрического и психотерапевтического подходов как с точки зрения комплексности терапии, так с позиций контроля за реакциями пациентов на психофармакологическое воздействие.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ ГЕРОИЧЕСКОГО ПРОШЛОГО И БУДУЩИЕ ПОКОЛЕНИЯ

Традиционная для России героизация военного прошлого в последние годы подверглась существенным трансформациям как в связи со спецификой политической и нравственной оценки афганских и чеченских событий, так и в связи с более полной и гораздо более объективной информацией об ужасах Гражданской и Второй мировой войн.

Не вдаваясь в подробное обоснование, я хотел бы сразу отметить, что героизация — это обычно удел победоносных войн и всегда имеет в значительной степени компенсаторное значение. Поражение, в том числе моральное, даже при реальном успехе всей кампании, создает для ее участников принципиально иную социально-психологическую ситуацию, проекция которой простирается на всю оставшуюся жизнь.

В 1989 г. на основании афганского опыта и, вначале — недоверчивого, а затем все более потрясающего меня сопоставления его с опытом участников Второй мировой войны, по аналогии с известным определением Н. И. Пирогова, я назвал войну «эпидемией аморальности». Основанием для этого вывода послужили не «отдельные случаи» маргинализации языка и быта, о которой периодически вспоминают режиссеры и писатели, и даже не безусловная аморальность (с точки зрения нравственных императивов XX в.) такого способа разрешения конфликта, как физическое уничтожение противника, в большинстве случаев принимаемое и оправдываемое как необходимое зло, а реальная криминализация и психотизация поведения личности в боевых условиях.

Проведенный на протяжении последних лет анализ позволил сделать очень непростой для меня вывод, что наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительно позитивной атрибутикой войны грабежи и убийства (как исход «разборок» среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, самое извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно — на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к характерным явлениям для любой из действующих армий, как только она ступает на территорию (особенно — в случае иноязычного) противника.

Уже затем, и обычно, много позднее, в сознании ее непосредственных участников война начинает идентифицироваться со страхом смерти, унижением плена, непростительностью вины и неизбежностью возмездия за все содеянное. Но все это приходит потом и, в отличие от публично провозглашаемых героических воспоминаний, молчаливо проецируется на все межличностные, в том числе и прежде всего — внутрисемейные отношения, составляя часть их эмоционального поля, а иногда и весь их эмоциональный фон, когда немой ужас дня сменяется криками, доносящимися из ночных кошмаров.

Сейчас уже известны и многократно описаны некоторые поведенческие и психопатологические эквиваленты этой неизбывной тревоги (страх нападения сзади, бредовые идеи идентификации себя с убитыми, навязчивые идеи самобичевания и т. д.). Но это лишь наиболее очевидные, крайние, и потому легко идентифицируемые специалистами проявления, в «анамнезе» которых скрываются мучительные воспоминания прошлого.

Казалось бы, самый простой способ — забыть обо всем, но память не отпускает. Мы совершенно не учиты-

ваем, что, как правило, эти воспоминания глубоко персонифицированы друзьями юности, которые остались там навсегда, и вычеркнуть погибших из памяти, для большинства участников этих событий — это все равно, что еще раз убить их, теперь уже окончательно. Чаще всего это оказывается невозможным. Они живут в каждом из оставшихся в живых, которые чувствуют себя обязанными не только помнить, но и мстить за обманутые надежды, оплеванную боевую славу, поруганную честь и униженное достоинство. Поэтому любые действия окружающих, затрагивающие именно эти болезненные струны, вызывают столь неадекватные реакции, нередко потрясающие своей немотивированной жестокостью.

Я могу привести несколько подробно изученных мной случаев, когда «обычное» — по современным меркам — оскорбление личности «афганца» незамедлительно «каралось», в том числе смертью: случай с осужденным М., убившим 17-летнего юношу только за то, что тот назвал его «козлом»; случай с осужденным Ф., задушившим в процессе ссоры своего знакомого, пренебрежительно отозвавшегося о его боевых наградах; случай с Л., бросившим гранату в ничем не повинных людей лишь за то, что они не проявили к нему должного (по его представлениям) уважения; случай с В., нанесшим тяжелые увечья своему знакомому только потому, что тот, спускаясь по лестнице, предпочитал идти немного позади и казалось, что от него исходит угроза, и др.

Наблюдая семьи афганцев, я обратил внимание, что в одних из них родители, на первый взгляд, охотно делятся пережитым с детьми, при этом всегда (более или менее) приукрашивая и позитивируя свое боевое прошлое. В других — полностью отрекаются от этого прошлого, что вызывает у детей достаточно специфическое его восприятие: это прошлое предстает как нечто настолько ужасное, что не имеет права на упоминание в семейном

кругу. Уместно отметить, что аналогичные реакции в свое время наблюдались в Германии у детей нацистов и сейчас в некоторых случаях отмечаются в последующих поколениях российских граждан, родители которых были причастны к массовым репрессиям 30-х гг.

Основным и общим во всех этих ситуациях является то, что реальные участники боевых (или других — позднее квалифицированных как преступления против личности) действий не имеют никакой возможности вербализовать (и тем самым — отторгнуть) их криминальный опыт и мучительные переживания, о которых даже в собственной (афганской или др.) среде, как правило, не принято вспоминать.

И даже в тех единичных случаях, когда бывшие боевики попадают на прием к психиатру или психотерапевту, большинству из них не удается перешагнуть барьер и по собственной инициативе рассказать о том, как живьем зажарил на костре пленного афганца-снайпера, перед тем убившего его друга и односельчанина, как сбросил с вертолета захваченного в горах мальчишку, как целым взводом насиловали малолетнюю девчушку-афганку, как десятками расстреливали мирных жителей или бомбили их поселки только от неукротимого чувства мести и отчаяния (я привел лишь несколько случаев подобного рода, достоверность воспоминаний о которых не вызывает у меня сомнений).

С годами воспоминания о подобных «боевых» ситуациях, казалось бы, бледнеют, развиваясь по давно известному закону и сценарию: «Я сделал это, — говорит мне память. Я не мог этого сделать, — говорит мне совесть. И постепенно память отступает». Но это все же лишь красивая метафора. А на самом деле — именно на этом зловонном бульоне «не подлежащих вербализации воспоминаний» начинает прорастать вирус будущей психопатологии. Даже в процессе длительной терапии «обнажение» таких тем нередко избегается по негласному

соглашению терапевта и пациента, что делает их межличностный контакт исходно лицемерным и порой столь же невыносимым для последнего, как и со всеми другими.

Не знающие о таком специфическом (боевом) опыте психиатры-психотерапевты и психологи неизбежно столкнутся с чем-то неизвестным и непонятным, а обратившиеся к ним, безусловно, страдающие люди — с тем, что их не слышат и не понимают, и никогда не смогут принять их боевой (в существенной степени — полукриминальный и криминальный) опыт, груз которого с годами будет становиться все более невыносимым. Может быть, именно здесь кроется одна из причин того, что (по американским данным) количество бывших «вьетнамцев», покончивших жизнь самоубийством, уже давно превышает количество погибших за весь период «непопулярной» войны. Растет количество самоубийств и среди «афганцев».

Анализ многочисленных источников о прошедших войнах показывает, что анализируемый здесь специфический боевой опыт всегда оказывается вне исторической памяти. Завеса умолчания выживших последовательно трансформируется в глухоту следующих поколений, так как то, что одни не могли рассказать, другим не дано услышать. Отрицание памяти на реальные события войны во всей их омерзительной полноте и все более усиливающаяся с годами продукция компенсаторных воспоминаний о героизме — вечная дилемма выживших, определяющая как их амбивалентность по отношению к прошлому, так и все варианты их послевоенного поведения, включая художественное и научное мифотворчество о минувших событиях. Но груз мучительных воспоминаний от этого не уменьшается. Традиционная для России сакрализация такого (криминального и полукриминального) опыта (в том числе, например, блокады) сказывается не только на бывших участниках событий, но и на моральном состоянии общества в целом.

Самое мучительное здесь — это безысходность (вернее — неотторжимость) воспоминаний, потому что, если бы они стали говорить правду о насилии, убийствах, грабежах, пытках и т. п., их отказались бы не только понимать, но даже слушать. Таким образом, между теми, кто был реальным участником подобных событий, и всеми остальными (потенциальными социокорректорами, включая членов семьи, и даже квалифицированными терапевтами) всегда лежит пропасть непонимания.

Не понимается и то, что несколько десятков тысяч людей, чья память отравлена криминальным и полукриминальным опытом, составляют реальную угрозу не только для самих себя, но и для общества в целом.

К сожалению, со статистикой в этом вопросе у нас попрежнему проблемы, и мы вынужденно апеллируем к американским данным, которые свидетельствуют, что количество наркоманий, преступлений, асоциальных действий, разводов, семейных и социальных «дисгармоний» у участников локальных войн в несколько раз превышает аналогичные показатели в популяции. И это при условии, что до 2-3 миллиардов долларов тратится в США ежегодно на реабилитацию бывших военнослужащих.

Я хотел бы особо отметить, что изолированное применение медикаментозных методов терапии не оказывает здесь сколько-нибудь позитивного эффекта, а скорее загоняют болезнь вглубь, откуда она прорывается в виде ужасающих общество преступлений и негативных аффектов.

Еще одна специфика локальных войн. Когда вся страна оказывается в ситуации военной угрозы, с точки зрения нравственных императивов — практически утрачивается деление на фронт и тыл и каждый солдат или офицер, в конечном итоге, защищает свой дом и свою семью: от порабощения, унижения, надругательства и смерти. Здесь все едины (в некотором смысле освободительная война — это

наиболее яркое проявление национального единства). Когда возникает ситуация локального конфликта, ситуация принципиально иная: вся страна продолжает жить своей обычной жизнью, и только часть молодого поколения, которому как раз сейчас выпал жребий дорасти до призывного возраста, оказывается брошенной в кровавую бойню.

Следующая специфика, я бы сказал, носит парадоксальный характер: несмотря на всю мерзость войны и явную криминализацию, возвращаясь к мирной жизни, молодые люди испытывают немотивированную потребность в том, чтобы в этой жизни все было иначе: честнее, благороднее, искреннее, чем было раньше... Естественно, что разочарование наступает очень быстро.

Я хотел бы отметить, что именно здесь скрыты корни присущего ветеранам развенчанных войн ощущения, что многое в этой жизни было и есть напрасно.

Характерной особенностью ветеранов является особо «культивируемое» пренебрежение к проблемам здоровья, за которым скрывается вина за то, что выжил, что и так уже получил гораздо больше, чем те, кого уже нет («ну, а годом раньше, годом позже — не имеет значения»). Ценность этой, как бы второй, доставшейся по счастливому жребию жизни оказывается гораздо меньше. И эта установка переходит к последующим поколениям, окрашивая все моральные эталоны и общее отношение к действительности, тем самым делая их будущее исходно трагическим, так как если ценность жизни невелика, то что же тогда ценно?

Отсюда же идет и та легкость, с которой бывшие боевики уходят в криминальные и полукриминальные структуры, без особых затруднений вновь и вновь перешагивая уже однажды преодоленный барьер запрета на убийство.

Пролонгированная угроза смерти, которая слишком долго стоит за спиной, качественно изменяет ментальность

людей и формирует специфическое мироощущение, где неочевидны грани между добром и злом, геройством и преступлением.

Культура — это не только прекрасные произведения искусства, архитектуры или литературного и научного творчества, которыми мы восторгаемся, но и то, что налагает запреты. Рождаясь, мы не знаем их, и лишь в процессе социализации, мы подчиняемся этим запретам: вначале родительским (усваивая наряду с первыми словами такие отвлеченные понятия, как «нельзя», «некрасиво», «некультурно», «стыдно»), а затем и всем остальным — писаным и неписаным — общественным законам. Вопреки паранаучному тезису о некой природной моральности человека, мы не любим эти запреты, хотя и вынуждены подчиняться им. И это гораздо больше возвышает Человека, который становится таковым — в высоком смысле этого слова — не столько благодаря, сколько вопреки своей природе, подчиняясь законам общественной морали и нравственности.

Война дезавуирует эти законы, и прежде всего — запрет на убийство, присвоение чужого и сексуальное насилие.

Я сделаю здесь маленькое отступление. Человек отличается от большинства других живых существ не только способностью мыслить, прямохождением и речью, но даже более — гиперсексуальностью и гиперагрессивностью. Ни одно другое живое существо не прилагает столько усилий к созданию все новых и новых способов уничтожения представителей своего же вида, и даже самые кровавые внутривидовые столкновения в животном сообществе (как правило, по общим для нас с ними поводам — власть, территорию, источники воды или пищевые ресурсы или даже за самку — вспомним Троянскую войну) завершаются первой кровью и бегством противника.

Убийство представителя своего вида как биологическая цель вообще не задано природой. Ни один другой вид,

также не чуждый стремления к сексуальному наслаждению, не смог перешагнуть через естественные барьеры, ограниченные периодом течки и спаривания. Гиперсексуальность и естественная агрессивность составляют типичные компоненты именно человеческого поведения, но в обычных условиях нам приходится подавлять их, скрывая эти властно побуждающие влечения не только от окружающих, но и от самих себя.

Именно поэтому война, отменяющая эти запреты, нередко оказывается слишком привлекательным занятием. До 12% бывших участников боевых действий в Афганистане (выборка 1991 г. — 2000 чел.) хотели бы посвятить свою жизнь военной службе по контракту в составе любой воюющей армии, относительно независимо от страны, предоставившей им такую возможность.

Таким образом, война — это в равной степени преступление и против личности, и против культуры, так как она разрушает культурную надстройку, которая делает нас личностями и обнажает животную сущность, которая у всех примерно одинакова и одинаково безлична... Характерно и то, что, как показали наши исследования в Афганистане, интеллектуалы погибают первыми, ибо, являясь в определенном смысле искусственным (целенаправленно создаваемым в особой социальной среде) типом личности, они наименее способны адаптироваться к специфике боевых условий. К этому можно добавить еще несколько «штрихов»: как правило, в процессе первых непосредственных контактов с противником до 75% боекомплекта (в результате шока, даже у хорошо обученных) расстреливается «в воздух»; реальный солдат появляется только после наполнения ненавистью к противнику и жесткого усвоения логики: убей или убьют тебя (чему обычно предшествует ранение, контузия или гибель товарища).

Пока еще не получила признание идея, что, научив убивать, общество должно быть ответственно и за реабилитацию профессиональных убийц или оно не имеет морального права предъявлять им претензии за использование этого навыка, в том числе в самых обыденных (мирных) ситуациях.

Общество все еще стыдливо отворачивается от этой проблемы, ссылаясь на определенный кризис морали, обусловленный специфическим характером афганской войны или чеченской «операции», или современной ситуации в целом, и все еще пытается увидеть в этой феноменологии частный и потому нехарактерный случай.

Наиболее остро даже косвенные попытки затронуть эту проблему встречает старшее поколение, как правило, отмечая или «личную извращенность» исследователей, или то, что в Отечественную «этого не было». Даже о запредельных злодеяниях фашистов лишь в последние годы появляется более или менее достоверная информация. Об «ответных» действиях — практически ничего. Я, естественно, не могу апеллировать к адресным свидетельствам моих респондентов, поэтому в заключение (что, к сожалению, все еще традиционно для отечественной науки) приведу зарубежные данные: в 1992 г. на Берлинском кинофестивале был представлен документальный фильм и свидетельства очевидцев о том, как в 1945 г. солдаты Советской Армии изнасиловали более 2 миллионов женщин в Польше и Германии. Некоторые свидетельницы, которым было тогда по 15-16 лет, рассказывали, что были изнасилованы до 100 раз. В некоторых случаях, чтобы не попасть под трибунал, после надругательства девочек тут же расстреливали.

Это было то поколение, которое воспитало мое. Мы не знаем, через какие угрызения совести, какое чувство вины и личные трагедии прошла их жизнь и родитель-

ская мораль. Я не могу поверить, что через 15-16 лет, глядя на своих подрастающих дочерей, они не вспоминали о тех несчастных польках и немках. Но мы не знаем об этом. И сейчас, в большинстве случаев, мы можем лишь предполагать те мучительные коллизии, которыми наполнены души многих из участников современных боевых действий. Нет никакой хоть сколько-нибудь методически обоснованной реабилитационной деятельности, а моральные девиации оказались вообще вне российской психиатрической науки. А значит — и следующее поколение не защищено от прямой или косвенной трансляции скрытого криминального и полукриминального опыта.

# ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ, ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЮДЕЙ В ОЧАГАХ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ И КАТАСТРОФ[1]

Проблема стихийных бедствий и катастроф в последние годы вызывает серьезную озабоченность ученых всего мира. Однако до настоящего времени основное внимание исследователей было направлено преимущественно на изучение их последствий — антропоэкологических, экономических, медицинских, социально-политических и т. д. Вероятно, следует признать, что, несмотря на значительное количество достаточно обоснованных данных о механизмах воздействия различных экстремальных факторов и структуре поражений, особенностях организации спасательных работ в специфике оказания медицинской помощи, психофизиологические аспекты проблемы и, в частности, особенности состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия или катастрофы до настоящего времени принадлежат к наименее исследованным. Вместе с тем именно специфика психофизиологического состояния и реакций пострадавших, а также их динамика во времени во многом определяют стратегию и тактику спасательных, медицинских и медико-психологических мероприятий как непосредственно в период стихийного бедствия или катастрофы, так и в последующем.

В кратком сообщении излагаются обобщенные результаты изучения психофизиологического состояния, психических и поведенческих реакций, а также деятельности людей, подвергшихся воздействию экстре-

---

[1] Статья написана для научной конференции по проблеме медицинского обеспечения в экстремальных ситуациях — «Медицина катастроф», Ленинград, 20-22.03.1990 г.

мальных факторов во время землетрясения в Армении (1988 год) и катастрофы двух пассажирских поездов в результате взрыва газа под Уфой (1989 год). В связи со спецификой психофизиологических исследований, как правило, включающих достаточно протяженные по времени тестовые испытания, и с учетом этических принципов, к обследованию привлекались потерпевшие, которые либо не нуждались в оказании хирургической помощи, либо принадлежали к категории пострадавших с легкими и средними степенями тяжести поражений.

Полученные данные позволили выделить в динамике состояния пострадавших 6 последовательных фаз или стадий:

1. «Витальных реакций» — длительностью от 5 до 15 минут, когда поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни, с характерными сужением сознания, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, и ожогах 1-2-й степени до 40% поверхности тела). Достаточно характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное состояние оцепенения. Существенно, что в ряде случаев выход из этого состояния связывался с внешним побуждением формальными или неформальными лидерами.

2. «Острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации». Эта стадия, как правило, развивалась вслед за состоянием оцепенения, длилась от 3 до 5 часов и характеризовалась общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но

сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладало чувство отчаяния, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение подчинено императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о профессиональном и служебном долге. Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций. До 30% обследованных, при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение физических сил и работоспособности в 1,5-2 и более раз.

3. «Психофизиологической демобилизации» — ее длительность до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и первыми контактами с получившими травмы и телами погибших (в Армении), а также прибытием спасательных и врачебных бригад (в Уфе). Наиболее характерными для этого периода являлись существенное ухудшение самочувствия и психо-эмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, отдельных панических реакций (нередко — иррациональной направленности), понижение моральной нормативности поведения, эффективности деятельности и мотивации к ней, наблюдались выраженные депрессивные тенденции, нарушения функции внимания и памяти (как правило, обследованные не могли достаточно четко вспомнить, что они вообще делали в эти дни). Из жалоб в этой стадии ведущими являлись тошнота, «тяжесть» в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (вплоть до отсутствия) аппетита. К этому же периоду относились первые отказы (среди пострадавших, не получивших каких-либо физических травм) от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных

с извлечением тел погибших), и значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до аварийных ситуаций.

В качестве самостоятельного фактора, присутствующего на протяжении всех первых трех стадий, следует особо выделить состояние «тотальной деморализации», включающей такие «составляющие», как редукция высоких социальных чувств, гражданской ответственности, представлений о долге, взаимовыручке и т. д. Даже такие «статусные» категории населения, например, как командиры воинских подразделений, руководящий состав милиции и административных органов, врачи и т. д. «вспоминали» (в частносит, в Армении) о своих служебных обязанностях и долге только на 3~5 сутки после воздействия экстремального фактора, и то при условии, что их близкие спасены и находятся вне опасности.

Этот специфический фактор предполагает обязательность срочного введения («десанта») временной (кризисной) администрации, которая должна взять на себя все управленческие и правоохранительные функции, включая борьбу с всплеском преступности, мародерства и т. д.

Последующая динамика состояния и самочувствия во многом определялась спецификой воздействия экстремальных факторов и полученными поражениями. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высокой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие 4-й стадии — «стадии разрешения» (от 3 до 12 суток). В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизировались настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохранялись пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия

(маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода у большинства пострадавших появлялось желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами стихийного бедствия (катастрофы), и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносил пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливались сны, отсутствовавшие в предшествующих фазах, в том числе — тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавших впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечалось дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации), прогрессивно нарастали явления переутомления, существенно уменьшались показатели физической и умственной работоспособности.

«Стадия восстановления» психофизиологического состояния (5-я) начиналась преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, начинала нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые появлялись шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливались сновидения у большинства обследованных. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики и в этой стадии выявлено не было. Клинических форм психопатологии, за исключением транзиторных и ситуационных реакций, в «острый» пе-

риод (до двух недель) после воздействия экстремальных факторов не наблюдалось. Однако в более поздние сроки (через месяц) примерно у 12% пострадавших выявлялись стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивости, бредово-галлюцинаторные реакции и некоторые другие, а признаки астено-невротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем определялись у 75% пострадавших («отставленные реакции»). Отдаленные последствия, которые можно было бы выделить в самостоятельную (7-ю) стадию, нами не изучались.

Проведенные исследования позволили прежде всего сделать вывод о существенном и самостоятельном значении психической травмы при воздействии экстремальных факторови поставили проблему отдаленных последствий, роль которых до последнего времени более декларировалась, нежели становилась предметом изучения и анализа.

# ПСИХОАНАЛИЗ - БЕЗ ИНТЕРПРЕТАЦИЙ?

Мой давний друг и коллега профессор Светлана Соловьева как-то предложила мне опубликовать материал «хотя бы одной конкретной сессии, живой, реальной, чувственной — практический фрагмент психотерапевтической работы». Это было необычным предложением, и после определенных колебаний я попытался сделать это. Надо сказать, что аналогичные просьбы поступали и ранее, и, вероятно, в этом есть какая-то потребность и смысл. Но это лишь одна причина появления этой публикации. Вторая и, как мне представляется, не менее важная, состоит в желании обсудить с профессиональным читателем то, как может модифицироваться «метод свободных ассоциаций» и позиция терапевта в аналитической ситуации. Я постараюсь сформулировать эти идеи максимально кратко и упрощенно.

В классическом психоанализе под свободными ассоциациями понимается ничем не сдерживаемое, свободное выражение мыслей, чувств и желаний пациента, что обычно обозначается как «спонтанная речь», так как только в этом случае (при достаточной теоретической и практической подготовке терапевта) можно выявить «заблокированные» конфликты и проблемы. Аналитик при этом на протяжении достаточно длительного периода времени выступает в роли задающего вопросы и «умело направляющего» вербальную активность пациента. А затем — когда уже сформировались определенные представления о причине внутриличностного или межличностного конфликта, аналитик начинает проработку вербализованного материала и интерпретацию бессознательного, чтобы, постепенно преодолевая сопротивление пациента, «сделать бессознательное сознательным». Это, конечно, очень схе-

матично, но... Главное здесь, на что хотелось бы обратить внимание, — это особая позиция интерпретатора, которая фактически ставит аналитика в положение более знающего, более понимающего, более глубоко мыслящего, а пациенту отводит роль апеллирующего к последнему, а затем — внимающего и обучаемого. Этот же стереотип органически присутствует практически во всех методах психотерапии: пациент говорит или ассоциирует — терапевт задает вопросы и затем высказывает суждения или интерпретирует. То есть учит...

Как мне представляется, такое распределение ролей (во многих случаях оказывающееся достаточно эффективным) имеет множество недостатков. И в последние годы я, вначале интуитивно, а позднее — вполне осознанно, всячески пытаюсь избегать этого «сюжета», используя для этого два основных правила. Первое: «Не стимулировать ничего, кроме собственного материала пациента». Я постараюсь пояснить, что это значит, на примере, который уже однажды использовал в одной из своих публикаций [4:232-240].

Мой супервизант, докладывая очередную сессию своей пациентки, передает дословно, что было сказано последней, и как он реагировал на это. В частности (я приведу для демонстрации всего две фразы): Пациентка: «Когда мой сын болен (сын женат и живет отдельно. — М. Р.), я не могу заниматься сексом». Аналитик: «А как к этому относится ваш муж?»

С точки зрения сформулированного выше правила, это ошибка, которая допустима в случае обычной заинтересованной беседы, но не психоанализа. Мы не беседуем с пациентом, мы *исследуем* его проблемы, его бессознательное и его речь, в которой и первое, и второе (но — чаще всего — неявно) манифестируется. Я многократно повторяю в своих лекциях, что психоанализ не имеет ни-

чего общего с обычной беседой, кроме того, что и там и здесь используются слова. Я позволю себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель — это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне, оперировать, например, мозг человека, который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту — умение постоянно анализировать. Не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом? Это имеет принципиальное отличие от всем хорошо знакомого навыка обыденной речи, и представление об аналитике, дремлющем в кресле у изголовья пациента, не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением.

Вернемся к примеру из супервизии. Пациентка ничего не говорила о муже. И одним из возможных адекватных (неявному ходу мысли пациентки) вариантов вопроса мог бы быть: «А как связаны ваш сын и ваш секс?». Даже если бы эти два тезиса (о болезни сына и синхронном отказе от секса) были в разных частях сессии, аналитик должен их заметить и предъявить пациенту это «случайное» совпадение («конфронтируя» последнего, таким образом, с самим собой и предлагая ему самому найти объяснение этому).

Еще несколько слов. Любой вопрос всегда личностно обусловлен и частично содержит в себе тот или иной вариант ответа или перечень возможных ответов, которые предполагаются спрашивающим. Но у пациента, у его сознания и бессознательного мог быть совершенно иной «поворот» мысли, и задавая неуместный вопрос, мы прерываем цепь его непредсказуемых (ибо у него может быть принципиально иной опыт) и гораздо более важных для

него и терапевтического процесса в целом (чем наш обычный человеческий интерес) ассоциаций. Поэтому вопросы должны быть максимально обезличены и иметь самую минимальную прогностическую (в отношении ответа) составляющую.

Второе правило покажется читателю, скорее всего, достаточно странным. В самом простом виде я бы сформулировал его так: «Хороший аналитик — это предельно тупой аналитик». Если немного расширить этот тезис, то следовало бы добавить, что хороший аналитик (в рамках предлагаемого подхода) — это тот, кто не дает интерпретаций и не демонстрирует своих высокоинтеллектуальных качеств и познаний, а способен (в том числе своим молчанием и «хроническим непониманием»), я еще раз повторюсь, побуждать пациента самого делать интерпретации, предъявлять их себе и аналитику, самому принимать или отвергать их. В этой ситуации в роли «знающего лучше» и «понимающего больше» оказывается уже не аналитик, а пациент, и именно здесь скрыты огромные резервы для его личностного роста и установления контакта с собственным бессознательным.

Третье правило общеизвестно, но нередко в «интерпретаторском порыве» о нем забывают: продвигаться в терапии нужно с той скоростью, которая возможна и приемлема для пациента, чтобы минимизировать неизбежную болезненность его обращения к вытесненному материалу, интенсивность которой может быть эквивалентна или даже идентична ощущениям насильственного вторжения (в любых воображаемых читателем вариантах).

Эта специфика и определенные недостатки обращения к классическому методу интерпретации подчеркивалась многими авторитетными авторами, которые, как мне представляется, иногда делали это бессознательно, даже сами не замечая негативный смысл, вкладываемый в его описа-

*нив.* Так, X. Томэ (1996), обращаясь к теме и технике интерпретации, пишет: «В соответствии с ходом *своей мысли* [здесь и далее курсив мой. — *М.* Р.] я обратился к одному из предыдущих сновидений, в котором она танцевала и демонстрировала себя на людях... Это было стопроцентное *попадание,* и (со стороны пациентки) не последовало никаких “но”»... [5:495;498].

Думаю, что проницательный читатель уже заметил, но стоит еще раз обратить внимание, что автор пишет о ходе «своей мысли», а не пациентки, у которой этот «ход» мог быть принципиально иным, и далее говорит о «попадании», а значит, мог быть и «промах».

В другом месте тот же автор говорит: «Я интерпретировал это в том смысле, что, по ее мнению, она не может быть этой женщиной... Пациентка уловила эту мысль» [5:495;498]. Я думаю, эту красноречивую конструкцию (типа: «Он думал, что я думаю, он думает...») можно было бы оставить без комментариев, но все же приведем их: аналитик думает за пациентку, выдает свое мнение за ее, а последней отводится роль «улавливающей», «принимающей» или «непринимающей», при этом последнее, как показывает практический опыт, — при достаточно авторитетном аналитике и наличии сформировавшегося переноса — имеет гораздо меньшую вероятность.

Отто Кернберг (1998), обращаясь к той же теме интерпретации в процессе работы с инфантильными личностями, отмечает, что «...все попытки по конструкции или реконструкции заканчивались путаницей или ощущением, что я участвую в стерильном интеллектуальном упражнении» [ 1:184]. В процессе своей (далеко не безупречной) практики и супервизий случаев других специалистов я сталкивался с подобными «интерпретаторскими тупиками» неоднократно.

Сходные идеи (с той или иной косвенной критикой интерпретаций) высказывали Петер Куттер[1], Динора Пайнз[2] и другие авторы.

Как мне представляется, интерпретации были абсолютно необходимы на первом этапе развития психоанализа. Но сейчас, когда он органически имплицирован в кульТУРУ>а фразы типа «...Не слишком ли ты сублимируешь?», «...Это проекция», «...Она (он) слишком с ним идентифицируется», «...Тебе следовало бы давно сепарироваться от своей матери», «...Я бы не стал так уж вытеснять эту возможность» и т. д. — стали достоянием обыденной речи, а об Эдиповом комплексе «квалифицированно» судачат даже школьники, классический метод интерпретаций нередко провоцирует не столько инсайт, сколько раздражение пациента.

Здесь уместно напомнить, что еще Фрейд, безусловный автор и приверженец идеи интерпретаций, отмечал, что терапия должна «не вызывать неприязни у больного», а сам анализ и интерпретации именовал «чем-то вроде *довоспитания*» пациента, однако делая при этом оговорку, что «есть все-таки опасность, что влияние на пациента ставит под сомнение объективную достоверность наших данных» (я позволю себе добавить — и интерпретаций. — М. Р.). Далее Фрейд отмечает: «Несоответству-

---

1 В частности, Петер Куттер отмечал, что интерпретация дается «психоаналитиком в соответствии с общими для всех людей закономерностями...». Но мы ведь хорошо знаем, как вариативно это «общее». Кстати, в этой же книге Петер Куттер подчеркивает, что «процессы, протекающие в психике аналитика, стремящегося прийти к верному толкованию, изучены мало» [2:263-264].

2 Динора Пайнз, например, особо указывала, что мы должны «осознавать, что мы проецируем на пациента», и далее: «Сколь сильно ни желали бы мы оставаться в нейтральной позиции... мы должны признать, что мы не нейтральные складские помещения и что нам постоянно нужно осознавать границу между чувствами и установками наших пациентов и нашими собственными» [3:33].

ющие предположения врача отпадают в процессе анализа, от них следует отказаться и заменить более правильными» [6:287-289]. То есть речь идет о методе «проб и ошибок», каждая из которых — и мы это знаем — может быть фатальной (в лучшем случае — для терапии).

Исходя из вышеизложенного предлагаемый нами прием, предполагает практически полный отказ от метода «проб и ошибок» и в первую очередь направлен на снижение влияния аналитика на пациента и, соответственно искажения объективных данных. То есть он ориентирован не столько на «довоспитание», сколько на самопонимание и самовоспитание пациента. Я уже не говорю о том, что для начинающего специалиста такой подход (отказ от интерпретаций) в гораздо большей степени гарантирует следование основополагающему принципу любой терапии: «Не навреди!».

Я еще раз повторю: в рамках предлагаемого подхода и ассоциации, и их интерпретация предоставляются пациенту. А аналитик не столько «терапевтирует», сколько исследует.

После такого краткого и, как мне кажется, не очень убедительного вступления (но статья и не предполагала какого-то значительного теоретического осмысления) я попытаюсь продемонстрировать обозначенные выше положения на конкретном примере.

Моя пациентка — эффектная, прекрасно сложенная брюнетка 44-х лет, одна из совладельцев и руководителей частной фирмы. Первоначально причина ее обращения ко мне была сформулировано предельно просто: она недавно прочитала книгу Эрика Берна, еще что-то о психоанализе, но не удовлетворилась этим и хотела бы «найти истину». В процессе первой встречи она также отметила, что есть вещи, которых она не принимает в психоанализе, в частности, всякую ерунду о сексе, Эди-

повом комплексе и т. д. Она замужем, у нее двое взрослых детей (сын и дочь), которые живут отдельно (она особенно акцентировала: «Я сделала все, чтобы они жили отдельно!»). Ее отец умер около 20 лет назад, мать жива.

В процессе последующих сессий проблемы пациентки приобрели более ясные очертания: периодические состояния депрессии, страх, что ее в чем-то обвинят, что все окружающие мужчины (включая сына) думают, что она их соблазняет (но ей «вообще никого нельзя соблазнять»), неудовлетворенность браком и своей сексуальной жизнью, трудности в установлении контактов (особенно — с женщинами), отвращение к косметике и ряду других атрибутов женственности (включая кольца, серьги, юбки), ощущение, что «внутри нее есть какая-то червоточина», что в 15 лет она как будто «потеряла резвость» и «тело стало не ее». Характерные фразы: «Мне нужно не только делать вид, что я не хочу нравиться мужчинам, а действовать так, чтобы действительно им не нравиться», «Я не могу сказать, что в брюках я себя чувствую меньше женщиной, но платье к чему-то обязывает», «Мне так неприятно, что это моя мать меня родила, я ненавижу себя за то, что сосала ее грудь!», «Я не могу любить!»

При огромном разнообразии материала 153-х сессий, практически на каждой пациентка, так или иначе, обращается к предельно идеализированному образу отца: «У него были представления о добродетели, и я — по его мнению — не могу их нарушить уже потому, что я — его дочь, его часть, он не воспринимал меня как самостоятельную личность». «Моей заветной мечтой было умереть вместе с папой». «Он был такой честный, правильный, не то что я... [А вы?] Я грязная, порочная... [Да?] Знаете, кем бы я хотела быть? [Кем?] Помойной кошкой. Найти вонючую рыбью голову в грязном баке и грызть ее... Быть самой собой...»

Образ отца был всегда инцестуозно окрашенным, но пациентка на протяжении длительного (почти двухлетнего) периода ни разу не озвучила это чувство. Естественно, что не говорил об этом и я. Несколько раз она задавалась вопросом: «А зачем я вообще к Вам хожу?». Я возвращал ей вопрос: «Действительно, зачем?». Ответом, как правило, было: «Я не знаю. Но зачем-то мне это нужно».

В ее переносе я — тоже отец, и периодически она ведет себя соблазняюще, но гораздо чаще ее отношение ко мне окрашено тщательно скрываемой агрессией. Каждая наша встреча начинается с ее желания «не говорить ни о чем», и мне все время приходится стимулировать ее вербальную активность.

К описываемому ниже периоду мы работаем с ней уже три года, при этом в связи с ее частыми командировками и поездками аналитический сеттинг сильно варьирует: от одной-двух сессий в месяц до пяти в неделю.

И теперь две сессии. Вначале 151 (внеочередная, в дневное время).

*П.:* Я шла и ругалась: какое неудобное время!

*А.:* Почему было не обсудить это в прошлый раз?

Д.: Я думала, Вам так удобнее.

*А.:* Мы договаривались все обсуждать...

*П.:* Хо-ро-шо... Я помню... Ну вот... Я все сказала...

*А.:* Впереди — еще час.

*П.:* ...Что это за свеча у вас в шкафу?

*А.:* Подарок.

*П.:* Чтобы Вы не угасли?

*А.:* Почему такая ассоциация?

*П. : А* есть другие?

*А.:* Масса.

*П.:* Да? Но я чувствую так... Угасание, смерть, страх.

*А.:* Чего-то боитесь?

*П.:* Угасания, смерти.

*А.: А* кто не боится?

*П.:* Раньше я думала, все боятся, а сейчас нет. Это связано с завистью и жадностью. Щедрый — не боится.

*А.: А* Вы?

*П.:* Этот страх разный. Когда я раньше думала о папе... Как это будет? Сейчас думаю: как мои дети будут говорить? И будут ли?

*А.:* Сомневаетесь?

*П.:* Нет. Будут.

*А.:* Что?

*П.:* Не знаю... У меня что-то изменилось. Я сейчас по-другому ощущаю... папу. Это время ближе, и мое. Раньше думала, как будто это было с кем-то другим. А теперь понимаю — со мной. И когда я смотрю на свои детские фото, возникает чувство узнавания. И очень приятное... Возникло ощущение, что Вы меня изучаете *(привстает на кушетке и оглядывается).*

*А.:* Зачем?

*П.:* Чтобы отобрать?

*А.:* Что?

*П.:* Что-то...

*А.:* Я уже делал так?

*П.:* Нет. Но чувство такое есть.

*А.:* Мы уже говорили об этом: я — не изучаю, мы — вместе исследуем и пытаемся понять, и только в ваших интересах, и только то, что Вы хотите.

*Я.:* Но я не должна доверяться. Иначе могут украсть... Есть какие-то ценности, о которых не подозреваешь... Знаете, как старушка: продает картину по дешевке,

а оценщик знает, что она дорогая, но виду не подает, и тут старушка догадывается...

*А.:* Я могу подтвердить, что эта «картина» — ваша, и она — бесценна. Все, что я способен сделать, это только направить на нее свет, обратить внимание на возможное прочтение сюжета или детали, которых Вы, возможно, не замечали.

*П.:* Но это еще и опасно.

*А.:* Что?

*П.:* Говорить о себе.

*А.:* Почему?

П.: ...Что-то откроешь, а оно взорвется...

А.: Что — оно? *(этот мой вопрос, возможно, был излишен, так как пациентка сама продолжает цепь ассоциаций).*

*П.:* ...Или выйдет и не вернется.

А.: А может быть, стоит выпустить? Пусть выходит.

*П.:* Это не-воз-мож-но... О себе нельзя говорить.

А.: А о ком мы говорим?

*П.:* А-а-х...Го-во-рим, но как-то не так...

А.: А как надо?

*П.:* Внутри меня ничего нет. Как в «Маске Красной Смерти»... И часы эбенового дерева... Я не то говорю, но... У меня ощущение, что я... — где-то, и ко мне подходит мужчина, и что-то там начинает... А я сразу: нет!

А.: Как это можно было бы связать: под маской ничего нет и мужчине: нет?

*П.:* Да, что-то есть...

А.: Вы — в маске?

*П.:* Конечно!

А.: А если снимете?

*П.:* Все умрут...

*А.:* Под маской что-то ужасное?

Я.: Да. Все... Точнее — я умру, и все умрут для меня.........

*А.:* То, к чему подходит мужчина и где — ничего нет. Это кто?

Д.: Женщина, естественно.

*А.:* А он может ее найти?

Д.: Нет, конечно. Меня даже удивляет, что он ее надеется найти!

*А.: А* если он ее найдет?

Д.: Это какой-то... м-м-м, вопрос...

*А.:* Какой?

Д.: Бессмысленный. Это все равно, что надеяться выиграть в лотерею. Думать: а вдруг я выиграю? Эту вероятность можно рассчитать, но она не имеет никакого значения... Я никогда не играла, и не верю в выигрыши...

*А.:* Мы говорим о мужчине?

Я.: Да.

*А.:* И чтобы выиграть, то есть — найти женщину, ему должно сильно повезти? Значит, она там все-таки есть?

Д.: Мне стало как-то не по себе... Как будто Вы посягаете...

*А.:* На женщину или на идею..., что ее там нет?

Я.: И на то и на другое. И мы с Вами соперничаем...

*А.:* За что?

Я.: За что-то важное для нас обоих. Но оно — только одно. Неделимое.

*А.:* Если Вы скажете — за что (мы соперничаем), я отдам это Вам. Все.

Я.: Я не знаю — что? Но... Вы — не отдадите.

*А.:* Но, хотя бы примерно, что?

Я.: Это связано... связано... связано с... превосходством[1].

*А.:* Превосходством... И чем-то еще, почему это так болезненно? Почему Вы никому не хотите это отдать?

Я.: Боль... Боль... У-у, как странно Вы говорите. Не знаю... Не знаю... Как-то... Как-то... Когда кто-то ко мне приближается — это покушение на мою боль...

*А.:* Я не хочу причинить Вам боль... Мы можем сменить тему...

Я.: ...Здесь есть что-то оскорбительное... Он покушается... не видя эту боль...

*А.:* Кто он?

Я.:........... *(без ответа)*

*А.:* Мы начали с попыток флирта со стороны какого-то мужчины и пришли каким-то образом к тому, что он покушается на вашу боль... Ваша сексуальность, ваша женственность — это что-то болезненное?

Я.: Да... И это большой секрет... Как в рассказе, помните: мальчик предлагает девочке покататься на велосипеде, а она — не умеет, но говорит: «Я не хочу»... — Зачем об этом говорить?...

*А.:* Вы хотите сказать, что женщина с более чем 20-летним супружеским стажем и мать двоих детей, не умеет... «кататься на велосипеде»?

[1] Мой французский коллега д-р Александр Непомнящий в процессе супервизии этого случая указал мне, что я уклонился от обсуждения темы «зависти к пенису». И он был, безусловно, прав — с его точки зрения. Я же неоднократно убеждался, что такое «предъявляемое в лоб» классическое истолкование чаще всего оказывается малоприемлемым для российского пациента. При всей всемирно известной склонности русских к неформальной лексике, наши пациенты чрезвычайно стыдливы в вопросах генитальности, и от психотерапевта всегда требуется особая деликатность при соприкосновении с этой темой. Я остался при своем мнении, тем более, что, как читатель увидит далее, метафорический и реальный смысл в конечном итоге соединились в инсайте пациентки.

*П.:* Х-м...

*А.:* Что Вы не умеете?

*П.:* Предположим... Не знаю... Я бы никогда не смогла вступить в сексуальные отношения с человеком, который мне нравится...

*А.:* Откуда такой запрет?

*П.:* Не знаю... Считается, что я — верная жена и люблю мужа. Хотя он мне и не нравится. Но если мне мужчина нравится... это — просто невозможно...

*А.:* Невозможно...

*П.:* Вдруг возникла мысль: а о ком это я вообще говорю? Нет никакого конкретного мужчины.

*А.:* Действительно, о ком?

П.: Не знаю. Какое-то приближение к невозможности...

*А.:* Очень интересное выражение: «приближение к невозможности».

*П.:* Да. Гипотетически... если бы это было... это — невозможно... Я подумала об отце, но это не отец... Я помню, что соперничала с мамой, за любовь... но телесно — нет.

*А.:* Мне почему-то вновь пришла в голову ваша фраза о «велосипеде»...

*П.:* Это о сексе?

*А.:* Может быть.

*П.:* Тогда — да. Вы правы.

*А.:* В чем?

*П.: Я* как бы запрещаю себе...

*А.:* Что?

*П.:* Получать удовольствие от секса...

*А.:* Почему?

*П.:* Как только за мной начинают ухаживать, у меня возникает жуткое ощущение скуки... Вдруг вспомни-

ла, как я ходила с папой на футбол. Он был страстный болельщик. Но сам футбол — это такая скука. Но я всегда соглашалась с ним пойти... Мама не ходила...

*А.:* Только Вы и он?

*П.:* Да... Я понимаю... Но я не согласна, что это как-то связано: секс и скука.

*А.:* Разве я сказал, что это связано?

*П.:* Нет, не говорили, но это так... подразумевалось...

*А.:* Что-то в этом есть: ваши ощущения на футболе действительно сходны с отношением к сексу: папа страстный, а Вам скучно, и с мужчинами потом — то же самое...

*П.:* Да. Страсть — это не любовь. Любовь — это другое... И вообще, можно жить без секса...

А.: Можно.

*П. :* Хотя что-то там есть. А любовь — это тихая спокойная беседа.

А.: Тогда мы с Вами — самые настоящие любовники.

*П.:* Да. *(Смеется).* Хотя нет! Любовь — это еще и обида.

*А.:* Любовь — это обида. Страсть — это скука... Так необычно.

*П.: (Вздыхает).*

*А.:* У меня вдруг появилось такое чувство злости к Вам *(я всегда озвучиваю возникновение у меня необычных чувств и стараюсь доверять своему бессознательному).* Злость плохой советчик, и я не могу пока объяснить — почему? Но что-то Вы сделали такое...

*П.:* Лишила чего-то мужа...

*А.:* Чего?

*П.: И* себя... Да, я вредная, с детства. Вот возьму, и сделаю себе плохо...

*А.:* И что?

17.: Вот они будут тогда знать!

*А.:* Что они будут знать?

*П. :* Какие они плохие, что надо их наказать!

*А.:* Кого наказать?

*П.:* Всех. Если мне будет плохо, и им всем будет плохо.

*А.:* Прохожему у нас под окном — тоже?

П.: Нет. Ему нет.

*А.: А* кому?

*П.:* Тем, кто со мной...

*А.:* Я чего-то не понимаю: Вы делаете себе плохо, чтобы стало больно тем, кто Вас любит?

*П.:* Они плохо любят! Они не понимают, не ценят, а надо, чтобы они оценили...

*А.:* Как это можно узнать?

*П. :* Если я сделаю себе больно, они спохватятся и поймут, что они меня любят. Это примитивно, но верно.

*А.:* Вы им как будто мстите?

Я.: Ну да! Здесь такая ситуация: например, человек знает, как надо, а другой ему советует — неправильно, но нужно сделать так, как он советует, даже зная, что — неправильно...

*А.:* Зачем?

Я.: Очень важно, чтобы человек увидел, что он не прав. Это связано с превосходством. Его нужно устранять. Чтобы другой увидел: он — ничто!

*А.:* И вот Вы доказали... Что дальше?

*П.:* Они меня все равно не любят... Родители... И я мщу!

*А.:* Вы думаете это возможно, например, по отношению к отцу?

Я.: ... *(Молчание).*

*А.:* К сожалению, наше время истекло.

*П.: А у* меня после вашей фразы тут же появилось чувство: нет, я докажу, что это возможно (*скороговоркой*)!

*А.:* Если бы для этого нужно было отомстить еще двум-трем человекам или «пометить» еще 2-3 года, я бы сказал: мстите интенсивнее. Но то чувство, которое Вы испытываете, — оно необъятно. И отца — уже нет.

*П. :* И что?

А.: Я не знаю.

*П.:* Просто забыть?

А.: Если бы это было возможно, я был бы безработным.

*П.:* И что тогда остается?

А.: Не знаю.

*П.:* Знаете! Вы хотите сказать: «Простить!».

А.: Тоже маловероятно.

*П.:* Да уж. Не думаю... У меня сейчас ощущение, что я говорю с папой в тот момент, когда умерла мать... *(я знаю, что мать пациентки жива, а отец умер, но я умышленно пропускаю эту ошибку, которая скоро вскроется сама).*

*А.:* И что?

*П.: Я* вспоминаю... Но как это связать?... Я не думаю, что я скорбела о бабушке...

А.: Вы говорите о матери отца?

*П.:* Ну да!

А.: Но Вы сказали просто: «...Когда умерла мать».

*П.:* Да?.. Да, я так сказала...

А.: Вы хотели ее смерти?

*П.:* Сейчас кажется, что нет. Хотя раньше думала, что да.

А.: Продолжим в следующий раз.

Сессия 152 {*она очень краткая, так как пациентка опоздала, и обсуждение опоздания — в данном случае незначимое — можно опустить без ущерба для основного материала).*

*П.:* ...Какая все-таки хорошая погода! И снег, и дождь одновременно. Я люблю такую... Прихожу — и не хочется говорить о том, что до этого хотела сказать...

*А.:* Почему так происходит?

П: Когда хочешь заранее что-то рассказать, это вначале... м-м, всегда неприятно. Хочется, чтобы это уже было рассказано...

*А.:* О чем Вы хотели рассказать?

П: Когда я вчера говорила, что умерла мама (*пациентка привстает и, поворачиваясь ко мне, добавляет очень выразительно)* — ПАПИНА! — мама папина... *(вновь ложится и молчит)...* Я помню свою маму в этот день. Мне очень хотелось, чтобы бабушка выздоровела. Для папы. Чтобы ему было лучше... У нас, знаете, такая семья... очень плохая... Мама никогда не ходила к бабушке в больницу. Ходили я и папа. И мы сами все покупали...

А.: Да?

П: Я знаю, что невестка может не любить свекровь. Но ведь смерть — это важнее... Пришел папа и сказал, что умерла бабушка... Было лето... А мама была в таком сарафане *(презрительно)...*

*А.:* Почему это запомнилось?

П: В ней было что-то такое отвратительное...

А.: Что?

П: Что-то очень естественное и... отвратительное.

А.: Как это связано с сарафаном?

П: Это был такой отвратительно открытый сарафан... Я ее и его разглядывала. Я вообще не любила..., я

избегала на нее смотреть... Она, конечно, была рада этой смерти... Может быть, и я хотела ее смерти... Я как будто все время сравнивала что-то с чем-то?

*А.:* Что?

П: Ее с собой... Но этот сарафан..., такой открытый... И, что она хотела смерти свекрови... И ее сарафан... Ей не надо было прикрывать ее желание смерти...[1] Ей не надо было прикрывать даже свою радость перед папой...

*А.:* Что это значит?

П.: Она не прикрывалась, так как она знала, что ОН — конечно, ее! Умирает королева, какое-то время — борьба за власть, какое-то смятение, или — как в истории — смутное время... А здесь — смутное чувство...

*А.:* Смутное чувство...

П.: Соотношение каких-то сил, борьба[2], какая-то «перестройка»... Чувство отвращения к ней. Тоска. Злость... У меня не было чувства, что лучше бы она умерла, но вот сейчас... И этот сарафан... Она небольшого роста, полная, и очень большая грудь... Я еще думала: зачем ей такое декольте, такой вырез?... Я все время смотрела на папу. А папа на меня не смотрел... И еще помню, когда ее[3] похоронили, прошли по-

---

[1] Здесь можно было бы «зацепиться» за то, что пациентке, в отличие от матери, нужно было «прикрывать» свое желание смерти матери, но это прервало бы цепь ассоциаций пациентки и могло бы даже прекратить их.

[2] С точки зрения классической техники — это почти идеальная ситуация для интерпретации «борьбы» за отца после «минимизации» числа соперниц, но мы пропускаем это, предоставляя интерпретации пациентке.

[3] Пациентка не умышленно пропускает или заменяет слово «бабушка» местоимением «ее», как бы продолжая монолог о матери, это ее бессознательное действует таким закономерным образом, желая, чтобы мать была похоронена.

минки, папа сказал: «Пойдем погуляем». Мама ответила: «Это неприлично!» А папа: «Какая ерунда!» Мы пошли гулять. Но без мамы... Он никогда не рассказывал мне о своей матери. И это не случайно...

*А.:* Что — не случайно?

П.: Не хотел. Может быть, ему было больно... Когда он сказал, что я похожа на его мать, я очень удивилась... Именно тому, что он это сказал...

*А.:* Что здесь удивительного? — Внучка похожа на бабушку.

П.: Именно, что он сказал!

*А.:* Что это значило?

П.: Что он меня любит. И мать свою тоже любил...

*А.: А* маму?

П.: Она здесь не участвует! Ее здесь нет! Это хорошо... Мы без нее устроились...

*А.:* Как это?

П: А вот так! Устроились. Хорошо, уютненько. Такая замечательная троица... По крайней мере, бабушка не носила таких сарафанов...

*А.* Вы сказали «троица», но ведь бабушки там уже не было...

П.: Да, идея другая: вот, если бы не мама... Это как бы невинно прикрывает идею, что папе было бы лучше... лучше...

*А.:* С Вами?

П.: Да.

*А.:* Разве это возможно?

П.: Невозможно, конечно.

*А.:* Мне кажется, что Вы до сих пор не принимаете то, что это невозможно...

П.: Да, как идея — это есть... Я не хочу смириться с тем, что это невозможно...

*А.:* Я понимаю, как дорого Вам это чувство и мечта, но это — невозможно...

П.: С этим связано... связано...

А.: Что?

*П.:* Страх изменения чего-то...

А.: Изменения... Или — измены?

*П.:* Отцу?... Да.

А.: К сожалению, наше время истекло.

Остановимся на этом... Думаю, что эдипальная природа конфликта пациентки (для любого психодинамически ориентированного специалиста) была предельно ясна уже из материала предварительного интервью. Но мы немногого бы достигли, сделав такую интерпретацию не только в процессе первых сессий, но даже в процессе первых двух лет терапии.

Еще несколько заключительных комментариев. Как мне представляется с учетом имеющихся данных и наблюдений, инфантильные фантазии пациентки о желании быть соблазненной отцом приобрели характер фиксации вследствие того, что со стороны последнего ни разу не была достаточно четко обозначена невозможность этого, то есть отец был «почти явно соблазняющим». Это нередкая ошибка «воспитания» дочерей, и, возможно, отец в последующем мог бы осознать и исправить ее, но ранняя смерть лишила его такой возможности. В связи с этим перенос пациентки и тщательно завуалированные попытки соблазнения меня в процессе трехлетней работы многократно и чрезвычайно деликатно обсуждались, при этом — всегда с полным принятием этой темы как возможной для обсуждения, но одновременно — с позиций, исключающих какую бы то ни было двусмысленность в отношении ее реализации. Характерно, что первые два года эти обсуждения сопровождались нескрываемым чув-

ством вины пациентки по отношению к этой теме и страхом отвержения ее уже в самой аналитической ситуации. Сейчас это еще есть, но уже гораздо меньше.

В этой же бессознательной вине, как мне сейчас представляется, скрыты корни самопораженчески-мазохистических стереотипов ее отношений с мужчинами вообще (впрочем, как и с женщинами), постоянный эдипальный страх и желание отдалиться от детей (особенно — сына, по ее определению в предварительном интервью, «чтобы не навредить»), а также ее неспособность к глубоким объектным отношениям. Отыгрывание эдиповой вины вовне все еще продолжается, но у него уже немного другая окраска: об этом уже можно говорить и это доступно обсуждению, иногда — даже с оттенком юмора. Можно сказать, что мы вошли или входим в период проработки эдипового конфликта и ее амбивалентности в отношении обоих родителей. Самое главное и самое большее достижение, а может быть, и самое большое вознаграждение за три года работы — это недавнее заявление пациентки: «Я стала как будто более счастлива, хотя не знаю — почему?». Я немного догадываюсь, почему. Но пусть она сама мне об этом когда-нибудь расскажет. И я думаю, это будет несколько или совсем иная история, чем та, что сложилась в моих представлениях и проекциях.

Предлагаемый подход вовсе не исключает возможность, а иногда и необходимость интерпретаций. Но их роль и значение в современной аналитической практике, как представляется, требуют критического переосмысления.

В заключение я должен выразить благодарность моей пациентке за согласие на публикацию этого материала. Она выразила ее несколько своеобразно: «Если это кому-нибудь нужно...». Я надеюсь, что нужно.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Кернберг О. Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Класс, 1998.
2. *Куттер П.* Современный психоанализ. СПб.: БСК, 1997.
3. *Пайнз Д.* Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб.: ВЕИП, 1997.
4. *Решетников М. М.* Основные пути к достижению профессионального признания в психоанализе //Вестник психоанализа. 1999’2(8).
5. *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. Практика. М.: Прогресс-Литера, 1996.
6. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1991.

# ГЕТЕРО-, ГОМО-, НЕО-, БИ-?[1]

## ВВЕДЕНИЕ

Гетеросексуальность, несмотря на всю сложность термина, большинству достаточно хорошо знакома, и в определении не нуждается. А что такое гомосексуальность? В наиболее общем виде это явление можно было бы определить как одну из форм сексуального поведения, когда объектом, на который направлено психосексуальное влечение, является лицо того же пола. Таким образом, гомосексуальность может быть и мужской, и женской. Вообще-то, слово гомосексуальность нужно было бы писать с двумя «с» («гомоссексуальность»), так как «homo» здесь не латинского происхождения («человек»), а образовано от греческого «homos» («тот же самый»).

По данным различных специалистов распространенность гомосексуальности в человеческой популяции составляет от 1 до 4 процентов, как среди мужчин, так и среди женщин.

Как своеобразная стадия на пути к формированию зрелой сексуальности, гомосексуальные игры 13-18-летних встречаются у 52% юношей и 35% девушек. На единичные (хотя бы однократные) сексуальные контакты с представителем своего же пола при анонимных опросах указывают около 50% мужчин и более 30% женщин.

В физиологии существует несколько точек зрения на причины гомосексуальности. Самая распространенная из них, которую можно было бы назвать органической, обосновывает, что «гомосексуальность определяется нарушениями половой дифференциации мозга в период внутриутробного развития» (где и как нарушается эта

---

[1] Статья написана к публикации в России первой книги Джойс МакДугалл «Тысячеликий Эрос» (1999).

«дифференциация», описывается в весьма гипотетическом варианте). Я не склонен рассматривать эту гипотезу в качестве главной, так как вообще не разделяю точку зрения, что «человек думает головным мозгом» (это такая же глупость, как сказать, что «человек ходит спинным мозгом»).

Вторая широко известная в медицине теория (а если точнее, еще одна гипотеза), именуемая нейроэндокринной, исходит из представлений об изменении баланса (или соотношения) между женскими и мужскими половыми гормонами, которые всегда присутствуют в организмах обоих полов. В качестве доказательства этой теории обычно приводятся опыты с введением тех или иных (женских или мужских) гормонов в организм как обычных людей, так и гомосексуалов, и получение при этом некоторых (я бы сказал — микроскопических) модификаций поведения. Но при этом даже при назначении предельных доз гормонов нигде и никогда не была зафиксирована смена сексуального влечения: несмотря на наблюдаемые модификации поведения, и гомо-, и гетеросексуалы оставались теми, кем они были и до введения препаратов. Таким образом, гомосексуальность имеет не так уж много общего как со строением мозга или половыми железами, так и с гормональной регуляцией, и даже кастрация абсолютно никак не сказывается на гомосексуальной направленности влечения мужчины или женщины.

И тогда, не отбрасывая две предшествующие гипотезы (критическое отношение к ним — еще не повод), мы должны обратиться к факторам сугубо психологическим и, следовательно, гораздо более сложным и не имеющим фармакологического (то есть —• химического), хирургического или какого-либо иного (кроме — индивидуально-психологического) решения. Полагающие, что можно изобрести таблетку, хирургическую технику или действенный закон от «гомосексуализма», должны закономерно признавать, что возможны таблетки от коммунизма,

либерализма или фашизма и т. д. (пробуйте, господа, а мы посмотрим)...

## Восторг и зависть

Я с огромным удовольствием и интересом редактировал русский текст книги Джойс Макдугалл. Многие мысли и идеи автора были настолько близки и сформулированы так изящно и просто, что казалось: странно, что никто не сделал этого раньше. Я не буду здесь цитировать автора, а позволю себе то, что неуместно при редакции книги, но вполне дозволено при ее пересказе, коснувшись лишь наиболее ярких идей Джойс Макдугалл. Я назвал этот раздел «Восторг и зависть» потому, что, не обладая талантом автора, могу лишь восторженно интерпретировать ее идеи.

## Идеи

Утверждение о том, что кто-то является извращенцем, как правило, подразумевает, что он или она — ненормальны, а мы — нормальны. Таким образом, можно сказать, что извращение, как и красота, зависит от взглядов и восприятий смотрящего. Практический опыт аналитиков не оставляет сомнений, что ведущая «эрогенная зона» человечества расположена не в гениталиях и даже не в голове, а в его психике, которую следует рассматривать как эпифеномен (лишь весьма относительно связанный с мозгом, точнее — реализующийся на основе этого субстрата, но не сводимый к нему или его свойствам). Не природа, а наши взгляды, трансформируясь в общественные установки, создают ярлыки, по которым определяется, что извращено, что — нет, как в человеческой сексуальности, так и в повседневной жизни.

Следовало бы особенно подчеркнуть, что в большинстве случаев для самих истинных (есть и другие) гомосексуалов их «отклоняющееся поведение» вовсе не является таковым, а представляется единственно возможным. И нередко этот единственно возможный вариант обнару-

живается в результате мучительных поисков, проб и ошибок, но в конечном итоге признается именно единственным вариантом их личностной идентичности, даже несмотря на общественное порицание, законодательное или иное преследование.

Эти порицание и преследование будут еще долгими, так как любое общество всегда устанавливает достаточно жесткие моральные эталоны, писанные и не писанные законы для сохранения своих этических и эстетических ценностей, которые оно считает значимыми для своего выживания (справедливо считает или нет — это уже другой вопрос). И с точки зрения массовой общественной нормы гомосексуальность всегда будет — в лучшем случае — признаваемым вариантом «отклонением от нормы», а в худшем — извращением, так как она биологически нецелесообразна и, следовательно, противоестественна: она не способствует продлению рода, от нее вообще нет потомства. Но если довести эту мысль до абсурда, то и гетеросексуальное влечение или гетеросексуальные отношения с бездетными женщиной или мужчиной — с этих позиций — также можно рассматривать как извращение, если не учитывать духовный и психосексуальный компоненты взаимного влечения.

С древнейших времен и до наших дней существуют только три основных сферы самореализации личности: труд (или творчество), общение и секс (лучше в более редком сочетании — с любовью). И если хотя бы в одной из них личность не реализована (или реализована не полностью), она испытывает дискомфорт. Этот тезис, скорее всего, не вызовет существенных возражений. Но при дальнейшем размышлении перед нами встают очень трудные вопросы. Что делать с теми, кто может достичь реальных и глубоких любовных отношений только в случае удовлетворения ряда очень жестко сформулированных (Природой!) условий, таких, например, как садомазохистские?

Зигмунд Фрейд в свое время определил душевное здоровье как «способность к достижениям и радости, в целом неограниченной» и «способность активно работать». Но в нашей практике мы нередко встречаемся с пациентами, которым нужно помочь перестать непрерывно работать, так как оказывается, что их удовольствие от работы лишь маскирует бесконечную потребность избежать душевной боли и уйти от размышлений о том, что ее породило. Фактически эти люди постоянно озабочены тем, чтобы что-то «делать», вместо того, чтобы просто «быть», не оставляя в своей жизни места ни на что личностное. Это, безусловно, патология, иногда определяемая как «нормопатия», так как их извращенная форма ухода от нормальных или принятых в обществе стандартов — оказывается всем выгодной, социально одобряемой и общественно приемлемой.

Таким образом, «нормопаты» — это те, кто демонстрирует чрезмерную нормальность, под которой часто скрывается неадекватная защита от мощных невротических и даже психотических нарушений. Характерно, что многие нормопаты пытаются навязать свой симптом (например, тот же бесконечный трудоголизм) другим. При этом, как правило, преследуются, минимум, три цели: 1) перестать быть одиноким в своей психопатологической нише и получить некую «общественную» идентификацию в своем страдании (найти «единомышленников»), 2) удовлетворить свой голодный на ощущения нарциссизм (потребность в признании своего страдания в качестве общественно значимого явления) и 3) заставить (более нормальных) менее «нормопатичных» людей почувствовать себя виноватыми. Зачем нужен этот достаточно отвлеченный пример? Чтобы продемонстрировать достаточно общую для всех нас тенденцию (к нарциссической предвзятости) мышления, которую можно было бы выразить фразой: «У меня могут быть недостатки, но я не могу быть плохим в чем-то существенном, поэтому плохо то, что

не так, как у меня». А не действуем ли и мы гетеросексуалы, подобным же образом? Не идеализируем ли мы себя только на том основании, что нас много больше? Не чрезмерно ли мы пропагандируем наши гетеросексуальные стандарты, так как не очень уверены в их непоколебимости (я напомню о приведенных в начале цифрах — хотя бы однократные сексуальные контакты с представителем своего же пола отмечают около 50% мужчин и 30% женщин)?

Здесь возникает множество вопросов. Когда социально отклоняющееся поведение можно рассматривать как приемлемое, и когда считать его патологическим? Запретить все формы отклоняющегося поведения? Запретить их в некоторых или во всех общественных институтах? Или вначале только в одних, а затем... А может, сразу везде, чтобы не было больше ни гомосексуалов, ни диссидентов, ни инакомыслящих, ни оппозиции? Вряд ли эта точка зрения приемлема, так как ее реализация означала бы конец прогрессу как таковому, потому что любое отклонение несет в себе элемент новизны, которая, естественно, может быть принята или нет (но это всегда вопрос гипотетический и глубоко *индивидуальный).*

Возьмем другую (можно сказать — абсурдную) крайность. Если любое отклонение тут же признавать и одобрять, включая — угрожающее самой отклоняющейся личности или другим членам общества, то выживанию всех общественных институтов и самого общества грозит взрыв анархии, а если экстраполировать это на отношения полов — секс-анархии.

Ни та, ни другая крайность в нормальном обществе невозможны. И нам всегда придется находить некий баланс интересов несовместимых крайностей.

Точка зрения психоаналитика здесь достаточно традиционна. Мы исповедуем нейтральность. Мы никогда не будем осуждать наших пациентов или презирать их, вне зависимости от их сексуальной ориентации. Наша един-

ственная цель — помочь им самим понять их психический опыт и принять ответственность за свой выбор и свои действия. Наша практика (как и основы этики) сосредоточена на том, чтобы помочь каждому пациенту осознать его или ее внутренние конфликты, в результате чего многие ценности, ранее (нередко ошибочно) принимаемые как основополагающие истины, становятся сознательными и утрачивают свою фатальность. Впервые видя ясными и неискаженными причины и способы своей индивидуальной (порой — защитного характера) адаптации к миру, пациенты часто подвергают сомнению как свои религиозные, так и политические, этические или эстетические убеждения, так и свой сексуальный выбор — гомо- или гетеросексуальную практику.

В отношении сексуальных отклонений у общества всегда есть определенный выбор возможностей. Любое общество непременно заботится о сохранении своей этической структуры и поддерживает ее стабильность. При этом оно справедливо определяет в качестве незаконных всякие сексуальные действия, которые могли бы угрожать благополучию детей или посягающие на права и свободы взрослых граждан. Понятно, например, что сексуальное оскорбление малолетних или сексуальное поведение, навязанное не принимающему его лицу (такое, как изнасилование) — должны быть строго караемыми по закону. Другие сексуальные отклонения, такие, как фетишистская или садомазохистская практика по взаимному согласию между взрослыми, включая оральный или анальный секс, которые не затрагивают никого, кроме (находящих в них взаимное удовлетворение) непосредственных (гомо- или гетеросексуальных) участников, не подпадают под действие законов. Особенно, если учесть, что (как свидетельствует наш терапевтический опыт) для большинства из вышеупомянутых («отклоняющихся» от стандарта) лиц, это, возможно, единственный способ

получения сексуального удовлетворения. Запретить им это? Только «делай как я» (даже если тебе это *не* нравится, не приносит удовлетворения или даже вызывает отвращение)?

Еще несколько вопросов, требующих дальнейшего обсуждения. В странах, где гомосексуальность вне закона и даже считается преступлением (как это еще недавно было в России), гомосексуальная ориентация обычно представляется и подается всеми доступными СМИ как серьезная угроза обществу, как некая зараза. При этом, вероятно, исходят из убеждения, что гомосексуальность может распространяться в обществе так же, как алкоголизм, наркомания или СПИД, угрожая подрастающему поколению и всем общественным институтам, включая семью и брак. Однако, менее поверхностные наблюдения показывают, что гетеросексуалы не становятся гомосексуалами от взаимодействия с последними — и наоборот. Мы не заражаем их нашими сексуальными предпочтениями, и они не заражают нас: мы существуем в параллельных сексуальных мирах.

Касаясь профессиональных вопросов, нужно отметить, что даже в тех странах, где гомосексуальность (по взаимному согласию взрослых) не карается законом, как ни странно, многие психотерапевты и даже (отличающиеся широтой взглядов) аналитики все еще считают, что любая гомосексуальность симптоматична (то есть патологична). Такие специалисты, безусловно, лелеют тайные надежды превратить (!) своих гомосексуальных пациентов в гетеросексуальных, а некоторые даже открыто провозглашают это целью лечения. Само слово «превратить» — это нечто из сказок о Царевне-лягушке, что-то связанное с колдовством и магией, потому что никаких превращений здесь не происходит (нужно еще раз отметить, что речь идет только об истинной гомосексуальности — не ситуационном, а психобиологическом выборе, не

зависящем от желания или нежелания конкретного человека).

Даже если принять, что гомосексуальность патологична, нужно всегда помнить, что такие симптоматические «неординарные решения» обычно идут из самого раннего детства и нередко отражают — опять же — единственно возможный способ приспособления к жестокой реальности, который ребенок смог найти перед лицом обстоятельств, непреодолимо неблагоприятных для успешного гетеросексуального развития. Чаще всего это происходит в период, когда ребенок еще не задумывался о принятии той или иной сексуальной роли, и она могла быть фатально навязана ему в гомосексуальном варианте, как грубо физически, а затем и психологически, так и — не менее редко — исключительно психологически. Но когда мы сталкивается с нашими пациентами, эта роль уже принята, и, как правило, принята как единственно возможная. В нашей практике не так часты пациенты, которые обращаются по поводу сомнений в своей гомосексуальной идентификации. Остальные гомосексуалы приходят к нам с совершенно общечеловеческими проблемами — депрессия, несчастная любовь, кризис карьеры, творчества и т. д. В абсолютном большинстве случаев — это обычные во всех отношениях люди, более или менее талантливые, или вообще бесталанные, приятные и не очень, но всегда (в дополнение к типичным общечеловеческим проблемам) страдающие от нашего остракизма, отгораживаясь от него показным пренебрежением к нашим полупрезрительным желаниями во что бы ни стало сделать их такими, как все.

Воинствующий читатель-гетеросексуал здесь должен воскликнуть: «А, значит, все-таки не Природа, а некие детские травмы, недостатки воспитания, так сказать!» Нет, все-таки Природа, так как у пациентов-гетеросексуалов мы сталкиваемся с точно такими же проблемами и точно

такими же детскими травмами, но они при этом все равно остаются гетеросексуалами.

В истории жизни гомосексуалов очень нередки внешние попытки «подрыва» (как правило, уже сложившихся) любовных (гомосексуальных) отношений со стороны родителей, братьей или сестер и других родственников (причем, из самых добрых — с их точки зрения — побуждений). Если такой подрыв удается (нередко с реальными угрозами и полукриминальными действиями родных в отношении, естественно, другого гомосексуального партнера), это обычно порождает тяжелейшие депрессивные симптомы или даже более серьезные психические нарушения. С этими симптомами можно справиться, но нескоро и не всегда (и обычно — после обретения нового или возвращения к старому гомосексуальному партнеру).

Если мы хотим остаться на гуманистической позиции, нужно объективно признать — гомосексуалы (с нашей точки зрения) неизлечимы, с их точки зрения — они здоровы! Также, как и мы — гетеросексуалы! Обращение к широкой аудитории здесь адресуется прежде всего родителям и близким: гомосексуал — это не раковый больной и не больной СПИДом, но если вы будете пытаться «лечить и перевоспитывать» вашего (с вашей точки зрения — «извращенного») ребенка, вы можете потерять его не только в социальном, но и в физическом смысле, и с такой же обреченностью, как при вышеупомянутых неизлечимых в большинстве случаев патологиях. Характеристика типичного душевного состояния пациентов-гомосексуалов была бы неполной, если не вспомнить, что в Библии точно определено уготовленное им после земной жизни.

Очень распространено мнение, что они — почти все ненормальные. «Они», то есть, все, кто — «не мы», всегда ненормальные. С одной стороны, это естественно, что мы идеализируем гетеросексуальность. Но психопатологам хорошо известно, что гетеросексуальность также ни в

коей мере не защищает от психологических и прочих расстройств. Нужно признать, что никакая психотерапия неспособна восстановить гетеросексуальные цели для (истинно) гомосексуальных пациентов (так же как и сделать обратное), более того — никакой психотерапевт не имеет права специально (в явной или скрытой форме) навязывать пациентам свою систему ценностей, политические или сексуальные предпочтения. В психоанализе лаких называют «делателями» — не самая лестная характеристика для специалиста.

Слово «извращение» всегда имеет уничижительное значение, подразумевая под собой некую деградацию или обращение чего-либо во зло (никто никогда не слышал, чтобы что-то было «извращено в хорошую сторону»). Но мы-то хорошо знаем, что многие психологические симптомы, не исключая и отдельные случаи гомосексуальности, являются специфическими способами адаптации к миру и себе, позволяющими избежать более тяжелого психического страдания. Анализируя большинство симптомов, их глубинное значение и причины их возникновения, мы очень часто обнаруживаем, что они являются специфически детскими (и в силу этого — практически не коррегируемыми) решениями конфликта, выходом из ситуации утраты (не кого-то, а себя!) или избегания непереносимой душевной боли. Столкнувшись с трудностями человеческого существования и с бессознательными конфликтами (нередко — весьма далеких от идеала) родителей, ребенок ищет и изобретает пути выживания: как личности и сексуального существа; и эти психоэмоциональные по своей сути решения (где любовь и ненависть, привязанность и отвращение трудно дифференцируемы) иногда оказываются определяющими для всей последующей жизни.

Надо сказать, что проблемы, возникающие на основе гетеросексуальных отношений, также — в абсолютном

большинстве случаев — имеют свои истоки в далеком (детском) прошлом, и в целом — при поверхностном взгляде — не более понятны, чем вопросы гомосексуальных действий и выбора объектов сексуального предпочтения.

Многообразие неизвращенной взрослой гетеросексуальной активности известно и многократно подтверждается нашей практикой. Наши пациенты описывают бесконечное разнообразие эротических сценариев, включающих переодевание в одежду противоположного пола, использование фетишей и всяческих приспособлений, садомазохистские игры, и так далее, которые играют роль специфической прелюдии к сексу, разжигающей эротическое наслаждение как в случайных, так и в стабильных любовных отношениях. Такие практики, естественно, не порождают конфликтов, так как они не воспринимаются как навязанные или необходимые условия сексуального наслаждения (в принципе, можно обойтись и без них, и чаще — обходятся). Эти практики Джойс Макдугалл определяет как неосексуальности.

Но существуют гетеросексуальные пациенты, которые стабильно вынуждены придерживаться исключительно фетишистских или садомазохистических сценариев, так как их гетеросексуальные отношения могут существовать только в этой (строго ритуальной и единственной) форме. И если эти пьесы эротического театра являются единственными условиями, позволяющими им вступить в сексуальные отношения, опытный аналитик никогда не пожелает им избегать этих неортодоксальных вариантов, хотя с точки зрения обыденной морали они могут также показаться извращениями (Фрейд, кстати, рассматривал гомосексуальность как инверсию, как особую сексуальную установку, а не как перверзию, то есть извращение).

Вообще, особенности сексуального предпочтения становятся проблемой (требующей вмешательства третьего — и естественно, специалиста) только тогда, когда сам

человек ощущает типичную для него форму сексуальности как источник страдания. Эта проблема иногда возникает у тех геев (и — реже — у лесбиянок), которые, скорее, хотели бы или периодически думают, что могли бы (чем реально желают) в угоду мнению семьи, общественным нормам или религиозным принципам, что им следовало бы — попытаться быть гетеросексуальными. В таких ситуациях возникают тяжелые внутренние конфликты, сопровождающиеся чувствами вины или стыда за свое несоответствие ожиданиям очень дорогих и близких людей. В некоторых случаях предпринимаются попытки слома сложившихся гомосексуальных отношений, даже несмотря на то, что они являются единственными приносящими удовольствие, а иногда — единственными, где исполняется надежда на любовь.

Также как некоторые гетеросексуалы чувствуют в себе скрытых гомо-, так и последние иногда приходят к заключению, что они являются «латентными» гетеро-. Но таких меньшинство. Большинство гомосексуальных мужчин и женщин считают жизненно важным сохранять свою гомосексуальную идентичность и ориентацию. И с учетом всего вышеизложенного нам ничего не остается, как признать, что они правы.

Что подталкивает нас к психологической гипотезе гомосексуальности, кроме уже упомянутых в начале статьи фактов? Во-первых, определенное сходство их эдипальных периодов развития и отношений с эдипальными объектами — матерью и отцом. Такие пациенты (что удивительно — и мужчины, и женщины) нередко рассказывают о чрезмерно близких (эмоциональных и телесных) отношениях с матерью, иногда с выраженным инцестуозным или садомазохистическим подтекстом, и об отце, который воспринимался как ничтожество или не допускался в своей мужской (символической) роли в эдипальную ситуацию. Другие высказывают идеи (возможно, су-

губо фантастические, а возможно, и нет) совращения их отцом в раннем детстве, причем мать иногда появляется в таких историях в роли своеобразной «соучастницы». В третьих случаях мы сталкиваемся с мучительным описанием материнского пренебрежения ребенком, в котором (или в анатомическом поле которого — мужском или женском) она (по тем или иным причинам) была категорически не заинтересована. Психосоциальные аспекты выбора сексуальной роли — это очень большая, особая и очень специальная проблема.

Нам следовало бы признать, что мы не можем говорить о свободном выборе личностью той или иной сексуальной ориентации. В преимущественно (на 96%) гетеросексуальном обществе мало кто из «уклонистов» производит впечатление, что он «выбрал» гомосексуальность, или, наоборот, гетеосексуальность, чтобы оказаться в оппозиции, или, напротив, приспособиться к социально одобряемому большинству. Как уже отмечалось, в большинстве случае гомосексуальный выбор нередко оказывается просто меньшим из двух (или больше) зол, навязанных человеку биологическими и социальными факторами, вербальными и невербальными сообщениями, принципами и табу, касавшимися его родовой принадлежности, мужественности, женственности и сексуальной роли. Этот выбор осуществляется несознательно и в нем нет вины ребенка; чаще этот выбор переживается как открытие истины о своей особой форме сексуальности в сочетании с всегда болезненным признанием того, что она каким-то образом отличается от сексуальности других людей.

Нужно признать, что в обществе есть такое явление как гомофобия, и вероятно, это естественно, в силу той же природно обусловленной потребности заботы о выживании вида. Одновременно с этим, апеллируя уже к собственной аналитической практике, не могу не высказать очень

осторожного (и — индивидуально — мало приятного для меня, как для консервативного гетеросексуала) предположения, что человечество движется в сторону бисексуальности. Бисексуальные практики становятся не только все более распространенными, но и относительно принимаемыми не только в некоем гипотетическом (отвлеченном) виде, но и в их реальном варианте, в том числе — принимаемыми даже гетеросексуальными супругами бисексуалов. Я бы попытался сформулировать такой закон всех цивилизационных процессов — прежде чем стать реальным явлением социальной жизни, любые новации проходят стадию моральной приемлемости. Эта стадия принятия бисексуальности сейчас уже явно присутствует.

Каждый выбирает свой круг общения и свои нормативы, так как не подсказывает, а диктует ему его Природа. Нам нужно учиться большей терпимости. И не только в этом узкоспециальном аспекте.

# ПСИХОТЕРАПИЯ — КАК КОНЦЕПЦИЯ И КАК ПРОФЕССИЯ[1]

За последние годы мной было подготовлено несколько обобщений по организационно-методическим проблемам психотерапии, но как раз концептуальные вопросы профессии в них затрагивались большей частью косвенно. Поэтому предложение осмысления темы «Психотерапия — как концепция и как профессия» было исходно интересным. Я не уверен, что за краткий период мне удалось сделать что-то достаточно серьезное, и заранее прошу уважаемую аудиторию извинить меня, если эта тема будет раскрыта не полностью.

Я, конечно же, буду пытаться обобщать, чтобы выйти на общенаучный уровень проблемы, но, тем не менее, должен сразу сказать, что, апеллируя к общенаучному принципу, я не могу рассматривать эти вопросы вне их исторического, методического и экономического контекста, а если еще точнее — вне российского (или — общего для нас всех — пост-советского) культурно-исторического контекста. И, думаю, это понятно. Скорее, было бы странным, если бы при изложении темы я рассматривал состояние психотерапии в Австрии, Германии или, например, в США. Хотя их опыт, безусловно, нуждается в осмыслении, но это не один опыт, а множество опытов, базирующихся на различных культурно-исторических традициях, сложившихся системах подготовки, сертификации и аккредитации специалистов, а также — на принципиально несовпадающих законодательствах этих стран в отношении психотерапии. Тем не менее, в некоторых вопросах мы просто обязаны апеллировать к этому опыту.

[1] Доклад на 1-й Международной конференции «Психотерапия Азии», Алма-Ата, 6-13 октября 2002.

Я хотел бы начать с анализа того, насколько применимо к психотерапии определение «профессия». Это очень важный вопрос, ожесточенные споры вокруг которого идут уже почти два десятилетия во всем мире. Если Вы возьмете любой справочник, то легко убедитесь в том, что определения специальности и профессии практически совпадают. В частности, в том, что и то, и другое соответствующим образом позиционирует человека на рынке труда и приносит ему доход. И все-таки некоторая разница между профессий и специальностью есть. Профессия — более общее понятие. Например, я — по профессии, врач. А по специальности — психотерапевт.

Таким образом, профессия предполагает наличие специальностей, входящих в нее. Это первое. А второе, что все эти специальности родственные, то есть — имеют одни и те же: объект, цели и задачи, а также — методологию и методы деятельности специалистов.

В медицине с этим более-менее все понятно. Объект — больной, цели и задачи — сохранение или восстановление здоровья, методология — естественно-научная, а методы воздействия направлены на тот или иной органический субстрат.

На первый взгляд, все это относится и к психотерапии. Но есть некоторые нюансы. Я, например, практически не использую применительно к своим пациентам определение «больной», а к их страданиям — «болезнь». У меня также много сомнений о наличии какой-либо естественнонаучной методологии у психиатрии в целом и в психотерапии в частности. Я писал об этом более подробно в статье «Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии».

Еще одно маленькое отступление: сам термин «психотерапия», как я не раз убеждался, нередко интерпретируется неверно. В частности, как лечение души или ду-

шевных расстройств. Если исходить из такого понимания термина, то тогда «физиотерапия» должна подразумевать лечение физики, «бальнеотерапия» — лечение климата, а «кумысотерапия» — лечение кумыса и т. д. То есть, с учетом сложившихся языковых конструктов, психотерапия должна пониматься как «лечение душой». А поскольку наличие или отсутствие последней неочевидно, то и метод лечения неочевиден. И все наше знание неочевидно. Поэтому его так трудно доносить за пределы нашей профессиональной среды.

Когда мы говорим о психотерапевтических концепциях, мы должны всегда осознавать, что речь идет о гипотезах — Фрейда, Уотсона, Перлза и др. Впрочем, то же самое относится и к психиатрии, где ведущей является концепция (то есть гипотеза) Крепелина. Поскольку мы оперируем гипотезами, наши коллеги по «терапевтическому цеху» врачи, нередко говорят о том, что у психотерапии вообще нет методологии.

Но методология у психотерапии все-таки есть, хотя она совершенно немедицинская, а заимствована у других областей знания — психологии и философии. И что не менее важно — это не какая-то одна методология, а несколько методологий.

Количество методов и методик психотерапии уже давно запредельно, но при некотором обобщении мы всегда приходим к весьма ограниченному их перечню. Они хорошо известны, и я лишь напомню их: внушение — директивное и недирективное, рациональная психотерапия, психодинамическая, поведенческая, гештальт и мультимодальная (в терминах, используемых профессором В. В. Макаровым, или интегративная — в терминах профессора Б. Д. Карвасарского).

Я еще вернусь к этим двум последним родственным направлениям. А пока поясню, почему здесь нет гуманистической и когнитивной. Первое направление возникло

как попытка синтеза психодинамического и бихевиорального подходов, но, как отмечают сами приверженцы этого метода, за последние десятилетия не появилось никаких новых сколько-нибудь убедительных работ в этой области. А рациональная составляющая (или ее современный вариант — когнитивная психотерапия) входит в качестве обязательной в бихевиоризм, да и практически во все другие модальности.

Добавим к этому, что гештальт является творением психоаналитика Фрица Перлза и методом, частично основанным на классической теории Зигмунда Фрейда и концепции другого психоаналитика Вильгельма Райха. И многие подходы, и даже крылатые выражения здесь практически идентичны, например Фрейд называл сновидение «королевской дорогой к бессознательному», а Перлз — «королевской дорогой к интеграции личности».

Но мы были бы очень не правы, если бы ограничились только этим перечнем. И должны, следуя принципу реальности, немного расширить классификацию психотерапий. В этой классификации было бы целесообразно выделить:

1) методы, апеллирующие к научному обоснованию, включающие медицинскую и психологическую (а также социально ориентированную и педагогическую) модели (я имею в виду немногочисленные, уже упомянутые варианты или направления (или модальности) психотерапии), и
2) альтернативные практики, включая все варианты народных целительств и многочисленные современный модификации, в том числе, например, традиционные заговоры, данс-терапию, камлание и т. д. (исходя из известного тезиса Шертока, что «любой метод, который был эффективен хотя бы раз, имеет право на существование»).

Маленькое отступление. Сейчас очень много сил тратится на объединение различных методов или моделей психотерапии. Надо ли это делать? Не знаю. Я лишь отмечу, что все упомянутые (научно обоснованные) модели — это уже сложившаяся реальность, и вторая реальность — они существуют сепаратно и, возможно, так и будут существовать, и может быть, мы попросту напрасно тратим силы и время, чтобы объединить то, что в объединении не нуждается. Медицинская (точнее — психиатрическая) модель более чем самодостаточна и действует, а психологическая явно постепенно становится такой же (самодостаточной) и также действует.

И даже вопреки усилиям примкнувшей к медицине (весьма незначительной) части психологов, которые с оттенком унижения и зависти сражаются за магическое звание «психотерапевта», большинство психологов-консультантов даже с некоторым высокомерием взирают на (не менее высокомерное) медицински-ориентированное меньшинство коллег, так же как и на нашу методологическую «гордость» — «социо-психо-биологический» подход. Я совсем не против этого подхода, и даже наоборот — двумя руками «за», если бы соотношение его составляющих хотя бы чуть-чуть приближалось к соотношению количества букв в этом красивом термине, но, к сожалению, две первых части реально представлены не более чем двумя буквами...

Если, как мы уже знаем, так непросто объединить психологические и медицинские (претендующие на научные и — вне «внутриведомственных» разногласий — почти идентичные) подходы, то что уж тогда думать об объединении с альтернативными?

Нет почвы для объединения, так как оно предполагает (прежде всего) определенное методическое единство или хотя бы признание коллег коллегами в качестве таковых. Возможно ли это? Я попробую сразу взять край-

нюю ситуацию. Много ли найдется психотерапевтов или психологов готовых признать шамана в качестве коллеги? И здесь уже несущественны такие факторы, как эффективность. Здесь действуют другие и не всегда очевидные аспекты. Они связаны даже не сколько с образованием (мне известны весьма высокообразованные шаманы), сколько с вектором культуры, который ориентирован и показывает в совершенно определенную сторону (даже несмотря на множество подобий в деятельности, например, колдуна и гипнолога). Но справедливости ради стоит отметить, что различие здесь все-таки не методологическое. Оно сугубо культуральное. Примерно такое же, как различие между наскальными рисунками аборигенов и живописью великих голландцев. И я не уверен, что их противопоставление является адекватным подходом. Я еще вернусь к этому тезису, но сразу хотел бы сказать, что в условиях кадрового дефицита я не стал бы тратить силы на сражения с «альтернативной волной» в психотерапии, тем более что слишком неравны силы (примерно около 25 тысяч психиатров, психотерапевтов и психологов против 300 тыс. только официально зарегистрированных колдунов, магов, целителей и т. д.).

Таким образом, отвечая на вопрос «Сколько психотерапий существует?», мы должны сказать: «Много». А на второй вопрос «Существует ли какая-либо общая концепция для всей психотерапии в целом?», мы могли бы ответить: «Да, здесь есть нечто общее, но не концепция, а общие принципы».

Я не буду здесь пытаться разбирать различные концепции психотерапии, оставив эту неблагодарную задачу для теоретиков от психотерапии, у которых, нередко не владеющих ни одним из методов, это получается лучше. То, что психотерапия функционирует на основе всем хорошо знакомых мышления, речи и чувств, очень многих вводит в заблуждение и искушение «попретендовать»

на собственную точку зрения в этой области. И здесь мало удивительного, ибо даже специалисты нередко обозначают психотерапию как «лечение разговором». Но, как уже мной неоднократно упоминалось, профессиональный психотерапевт не беседует с пациентом, он исследует его проблемы, его комплексы, его психо- и патогенез, его паттерны поведения, его бессознательное и лишь косвенно апеллирует к его чувствам и речи, в которых все эти аспекты (чаще всего — в неявной и непонятной неспециалисту форме) манифестируются.

То, чему труднее всего научиться будущему терапевту (психодинамически ориентированному или нет), — это умение постоянно анализировать: не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом и именно так. Какие структуры личности при этом активизируются, и какие паттерны повторяются, и т. д. И это далеко не праздные вопросы и анализ. Все это делается только для того, чтобы затем сопоставить свои наблюдения с конкретной концепцией психотерапии, то есть той системой координат, по который определяются пути интеграции личности пациента, вектор движения, методика и техника психотерапевтического воздействия.

Если эти наблюдения не соотнесены с конкретной (хорошо проработанной и научно обоснованной) концепцией психотерапии, то в абсолютном большинстве случаев это обрекает и терапевта, и пациента на бесконечное блуждание в «бескоординатном пространстве», со все более слабой надеждой на «авось вывезет». Внеконцептуальная психотерапия, по моим представлениям, — это «авось-психотерапия ».

Когда мне говорят о какой-либо новой концепции психотерапии, я всегда спрашиваю: «А сколько она существует?» То есть — выдержала ли она проверку практикой? Точно так же, когда мне говорят о снижении интереса к психоанализу, я сравниваю это с интересом к космосу:

лет 30 назад мы знали всех космонавтом поименно, а сейчас мало кого занимает вопрос — кто сейчас на орбите, как работают наши мобильные телефоны, телевизоры и т. д., но это вовсе не говорит о снижении интереса... Вся мировая психотерапия, и не только психодинамическая, остается глубоко концептуальной.

Почему же у нас сохраняется такое стойкое пренебрежение к вопросу концепций в психотерапии? Я попробую ответить на этот вопрос.

Я не хотел бы много апеллировать к истории, поэтому лишь напомню, что психиатрия и психотерапия, как самостоятельные направления, появились, вопреки широко распространенному мнению, не столько в результате развития медицины, сколько в процессе импликации философского и психологического знания (гуманитарного знания) в медицинскую (биологически ориентированную) науку и практику. И еще в XIX веке в качестве психиатров, психотерапевтов и вообще специалистов «по душе» в ряде случаев выступали не только врачи, но и философы, в том числе, например, Кант.

Затем в конце XIX века во Франции (на волне антиклерикальных настроений) появилась одна из первых кафедр психиатрии, которую возглавил доктор Жан Шарко (один из учителей Зигмунда Фрейда), большую часть жизни практиковавший в качестве провизора и уже тогда постулировавший тезис о том, что мозговая ткать психиатрического больного анатомически ничем не отличается от таковой у здорового (сразу заметим, что самые современные биохимические и ультрамикроскопические исследования не много к этому добавили)[1]. Появление пси-

[1] Где-то в 70-е годы прошедшего века специалистами под руководством А. Снежневского как будто бы были выделены какие-то «иммунотела», патогномоничные для шизофрении, и почти был «открыт» ее возбудитель, но вскоре, к чести исследователей, было установлено, что все это неспецифично, а возбудитель не подтвердился.

хиатрии и переход от определения «душевные болезни» к понятию «психические», казалось бы, символизировал начало научного периода в психиатрии, но это верно лишь частично. Однако, это лишь отступление от предмета нашего обсуждения — психотерапии.

Я боюсь быть обвиненным в предвзятости, но история неоспоримо свидетельствует, что лишь с организацией в 1913 году профессионального психоаналитического сообщества впервые выделилась группа специалистов, которые занимались исключительно психическим состоянием пациента, и ничем более. Это был рубеж окончания любительской и начала профессиональной психотерапии.

Таким образом, мы только приближаемся к 90-летию мировой истории нашей специальности. В России эта история значительно короче. И современная российская психотерапия (впрочем, как и наши коллеги на постсоветском пространстве) сейчас находится только в начале процесса своего становления. И мы должны признать, что в этой области пока очень мало практического опыта, реальной науки и даже сложившейся методологии и системы подготовки специалистов.

Даже в научной психотерапии концепции личности до настоящего времени нередко излагают в рамках павловских представлений о физиологии высшей нервной деятельности (виртуозно исследованной нашим выдающимся соотечественником у собак), а также советской теории (некой усредненной и бесполой) личности, с апелляцией преимущественно к теории деятельности (но мы хорошо знаем, что труд, в отличие от всех других форм поведения, общих для нас с животными, вовсе не относится к жизненно важным потребностям). Причины таких перекосов очевидны: как только мы прикасаемся к проблемам психики и сознания, мы тут же вторгаемся в сферу идеологии, а она не меняется по указу и с конкретной даты. И господствующей (в умах и учебниках) пока остается, я

бы сказал, даже не марксистская (Маркс заслуживает уважения), а большевистская идеология и соответствующие ей теории личности и подходы к психотерапии.

Старшее поколение помнит, а тем, кто помоложе, я напомню, что еще лет 30 назад никого не удивляла фраза о том, что неврозы — это социальные болезни, которые характерны для западного («загнивающего») общества[1]. Поэтому ни психотерапевты, ни психологи нам были не нужны. Тем не менее, какие-то позитивные процессы все-таки шли. В 1968 году открылись первые психологические факультеты....

А затем, 27 лет назад, в 1975 году Приказом МЗО СССР № 791 в нашей, тогда еще общей, стране (только в качестве эксперимента) было открыто 200 первых психотерапевтических кабинетов (100 в Москве, 50 в Ленинграде и 50 — на всю остальную страну).

Прошло 10 лет эксперимента, о котором периодически просто забывали. И лишь в 1985 году другим приказом МЗО № 750 психотерапия впервые была включена в перечень врачебных специальностей и впервые появилась возможность иметь в штатных расписаниях поликлиник и стационаров должность «врача-психотерапевта». Таким образом, реальная история нашей специальности — пока семнадцатилетняя (со всеми свойственными этому прекрасному возрасту достоинствами и недостатками).

Тем не менее это был огромный шаг вперед. Главное завоевание состояло в том, что психотерапевтом мог стать любой врач, получивший дополнительную психотерапевтическую подготовку, и это создавало основы для постоянного количественного кадрового роста новой специаль-

---

[1] Я процитирую одно из пособий 60-х по неврозологии без ссылок на авторов: «...Необычайный рост неврозов в США объясняется совершенно отчетливыми этиологическими факторами: с одной стороны, все возрастающей эксплуатацией, а с другой — атомным бизнесом и военной “истерией”».

ности, что с неизбежностью должно было бы вызвать качественные изменения. Однако в 1995 году, вопреки логике и здравому смыслу, другим приказом МЗО (уже — России) № 294 было установлено, что врач-психотерапевт — это исходно врач-психиатр, имеющий, как минимум, 3-летний стаж работы в психиатрическом отделении и получивший дополнительную подготовку по психотерапии. И одновременно психотерапия была закреплена в качестве субспециальности в психиатрии.

И об этой подготовке, и о психологах в психотерапии я уже многократно говорил[1] и не хочу повторяться. Но еще раз отмечу: главное, что не было учтено в этом решении, что психиатрия и психотерапия — это две принципиально разные специальности. И тот, кто решил стать психиатром, вовсе не должен испытывать потребность переквалификации в психотерапевта. Косвенным свидетельством этого является множество примеров, когда действующее положение о приходе в психотерапию только через психиатрию повсеместно нарушается, но одновременно оно продолжает действовать и остается главным тормозом на пути к кадровому наполнению специальности.

Но это только часть проблемы. Вторая часть — методическая, и я бы сказал, более важная или даже трагическая. Поскольку (на период появления этой новой специальности) СССР был исключен фактически из всех международных психиатрических организаций (в связи с известной нам, но беспрецедентно «раздутой» прессой проблемой «карательной психиатрии»), мы не могли получить какой-либо адекватной методической помощи и поддержки. И поэтому мы «изобретали психотерапию», как могли, пользуясь отрывочными сведениями и источниками (я здесь никого не упрекаю и не делаю исключе-

[1] См.: М. *М. Решетников.* Актуальные проблемы реформ в российской психотерапии. С. 187-205 данного издания.

ния для себя — я таким же образом писал свою первую монографию, предполагая, что усвоения общих сведений о том или ином методе уже достаточно, чтобы заниматься психотерапией). В этой констатации нет негатива. Более того, именно благодаря первым энтузиастам психотерапии были заложены ее основы в отечественной теории и практике. В тех условиях это был естественный этап, но он неоправданно затянулся.

В итоге,«надергав» из различных систем психотерапии то, что казалось важным или даже просто понятным, (непонятное — в методическом плане — просто отбрасывалось), мы получили, как справедливо отмечает моя коллега Алла Холмогорова, «винегрет из различных методов», а для специалистов на достаточно длительный период, по выражению той же Аллы Борисовны, стало характерным «полное пренебрежение к теории и фанатический интерес к техникам и технологиям», и далее она очень образно характеризует типичный запрос специалистов: «Дайте нам “гаечный ключ”, а с устройством механизма мы как-нибудь сами разберемся»[1]. Этот вульгарный «конструктивизм» продолжает оставаться преобладающим. Многие начинают позиционировать себя в качестве психотерапевтов, не владея ни одной концепцией психотерапии и даже не имея ни малейших представлений о том, как развивается и как функционирует психика.

Я не буду здесь также подробно останавливаться на вопросах подготовки психотерапевтов, которые уже многократно рассматривал в своих выступлениях и публикациях. Повторю только главное. Как представляется, в подходах к вопросу подготовки психотерапевта нам необходимо принять несколько основополагающих тезисов.

---

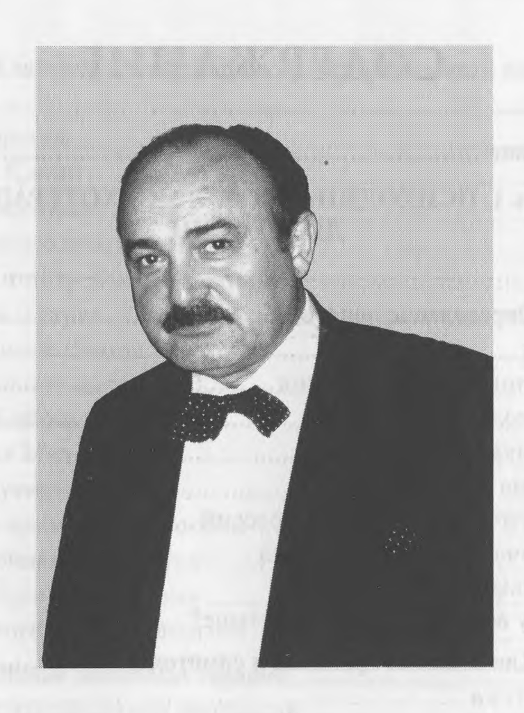
[1] *Холмогорова А. Б.* Психоаналитический вестник, № 2, 2000.

1) психотерапевт (если он работает именно по этой специальности) никогда не делает никаких назначений и не выписывает рецептов;
2) в отличие от естественнонаучной медицины, где общепризнанным является принцип каузальности, наиболее четко проявляющийся в инфекционной патологии, где конкретный возбудитель вызывает конкретное заболевание, в психиатрии и психотерапии «ответ» всегда является неспецифическим, то есть один и тот же негативный фактор может вообще не вызвать никаких значимых отклонений или, наоборот, вызывать самые различные (фактически любые) формы психопатологии (от легкой транзиторной дисфории или невроза до полного и пожизненного аутизма);
3) вытекает из предшествующего: в своих подходах к пациенту психотерапевт исходит не из этиологии и патогенеза, а из теории развития, сначала — какой-то общей, а затем — индивидуальной: истории (психогенеза) конкретного пациента;
4) в отличие от всех других медицинских специалистов, мы чаще интересуемся не тем, как себя чувствует пациент, а тем, что он чувствует;
5) и еще раз об отличиях: наши цели принципиально отличаются — в медицине целью является вернуть человека к тому состоянию, которое было до заболевания, в психотерапии мы ориентируемся на то, каким он мог бы стать, если бы не возникла та или иная патология развития, заложившая основу будущего страдания.

Нужен ли здесь психиатр? Да, нужен. Как консультант, назначающий медикаментозное лечение там, где для него есть показания (успехи психофармакологии никто не оспаривает), как специалист, определяющий и дающий

заключение о вменяемости пациента и потребности в его госпитализации или изоляции (или отсутствии таковой). А все, что касается повседневной психотерапевтической работы с пациентом — это уже не психиатрия.

Но главный вопрос, который стоит сейчас перед каждой национальной ассоциацией: какую модель развития психотерапии избрать — продолжать развивать ту, которая досталась нам в наследство от советской эпохи, и таким образом обречь себя на профессиональную изоляцию внутри постсоветского пространства или начать создавать реальную систему подготовки и реальные школы психотерапии с учетом сложившихся в мировой практике направлений, принципов и традиций.



Решетников Михаил Михайлович (род. 1950) — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа. Практикующий психотерапевт психоаналитической ориентации. Президент Национальной Федерации Психоанализа. Автор более 200 работ в области психотерапии, психологии массового поведения, экологических и социальных кризисов.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть II. ДЕПРЕССИВНЫЙ МИР

Часть III. СТАТЬИ РАЗНЫХ ЛЕТ

Михаил Михайлович Решетников

ПСИХОДИНАМИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ
ДЕПРЕССИЙ

Директор издательства *Т. Девятова*
Литературный редактор М. *Козырева*
Художественный редактор *А. Красноперое*
Макет и верстка *Е. Кузъменок*
Корректор *Т. Брылева*

Издательство ВЕИП.
197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., д. 18А
Телефон: (812) 235-28-80
E-mail: redactor@oedipus.ru
www.oedipus.ru

Лицензия ИД 02584 от 18.08.2000.

Подписано в печать 20.05.2003. Формат 60X88V16-
Печать офсетная. Печ. л. 20,5. Тираж 2000 экз.
Заказ № 27.

Отпечатано с диапозитивов в ФГУП «Печатный двор»
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.